



Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização
Enfermagem na Pessoa em Situação Crítica

A FAMÍLIA E O DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM FIM DE
VIDA: Estratégias de Comunicação em Enfermagem
Especializada

José Manuel Pereira Silva

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem na Pessoa Em Situação Crítica

**A FAMÍLIA E O DOENTE EM SITUAÇÃO CRÍTICA EM FIM DE
VIDA: Estratégias de Comunicação em Enfermagem
Especializada**

José Manuel Pereira Silva

Relatório de Estágio Orientado e Coorientado por:

Prof^a. Maria Antónia Rebelo Botelho

Prof^a. Florinda Laura F. R. Sá

2013

***“Temos horror às situações
cujo controlo não está nas nossas mãos.
A verdade, porém, é esta:
as situações que realmente nos fazem crescer
são precisamente aquelas que não comandamos”
(Jacques Philippe)***

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste relatório de estágio só foi possível pelo contributo dado pelos chefes de serviço, coordenadores e enfermeiros responsáveis pela minha orientação dos locais de estágio por onde passei e onde pude desenvolver todo o trabalho de campo.

Aos meus colegas de serviço que me motivaram nos momentos de maior cansaço

À minha Orientadora Enf^a Rebelo Botelho e Coorientadora Enf^a Florinda Galinha Sá pelo excelente trabalho tutorial e de orientação

À minha Família pelo suporte e apoio que me deram apesar dos momentos que se privaram da minha companhia

...Muito Obrigado a Todos

RESUMO

O presente relatório é o corolário de um percurso de estágio orientado pela temática, *“A família e o doente em situação crítica em fim de vida: estratégias de comunicação em enfermagem especializada.”* Num contexto de cuidados em que o desenvolvimento científico e tecnológico impera, os enfermeiros enfrentam situações de grande complexidade em que famílias e doentes procuram, neles, respostas para as suas inquietações. A comunicação enfermeiro, doente em situação crítica e família é assim uma área que exige perícia: a comunicação eficaz torna-se assim um instrumento fundamental para um bom desenvolvimento profissional.

A relação interpessoal enfermeiro/doente em situação crítica e fim de vida e sua família, passa por uma intervenção de enfermagem avançada que obedece ao uso de estratégias em comunicação facilitadoras, na condução do processo de satisfação das necessidades emocionais, de suporte e conforto. Revela-se como o desafio mais importante que os enfermeiros enfrentam no cuidar do doente em situação crítica e em fim de vida.

Neste relatório proponho-me a explicitar as atividades, os resultados alcançados e as competências gerais e específicas para este mestrado na área de especialização da pessoa em situação crítica, desenvolvidas em diferentes contextos, Unidade de Cuidados Paliativos, Unidade de Cuidados Intensivos Neuro-Críticos e Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos. Segui metodologia da ESEL de acordo com o estabelecido no regulamento para cursos de mestrado e no guia para elaboração de trabalhos obedecendo às normas APA. O enquadramento teórico que serviu de suporte a todo o trabalho está ancorado no referencial teórico de Hildegard Peplau teoria das relações interpessoais, que suportou o trabalho reflexivo e utilização do processo de enfermagem nas diversas situações de prestação de cuidados e no modelo de desenvolvimento de competências de Patricia Benner adaptado do modelo Dreyfus de aquisição de competências.

Palavras-chave: Família, doente crítico, fim de vida, estratégias de comunicação, intervenção de enfermagem

ABSTRAT

This report is the culmination of a journey guided by the stage theme, "The family and the patient in critical condition at the end of life: communication strategies in skilled nursing." In a context of care where the scientific and technological development prevails, nurses are faced with situations of great complexity about whom patients and families are been seeking for answers to their concerns. The communication between nurse, family and patient in critical condition is an area that requires skill in nursing care: effective communication thus becomes an essential tool for good and professional development.

The interpersonal relationship nurse / family/patient in a critical condition and end of life, goes through an advanced nursing intervention that applies to the use of facilitating communication strategies and leading nurses by the process of satisfying emotional needs, support and comfort. Reveals itself as the most important challenge that nurses have been faced when they are caring on the patient in critical condition and end of life.

In this report I propose to explain the activities, achievements, general and specific skills to this master, in this specific area of expertise, the person in a critical condition, it was developed in different contexts of nursing care, Palliative Care Unit, Neuro-Critical Intensive Care Unit and Cardiac Intensive Care Unit. I have been followed ESEL methodology according with the stated on the regulation for master course and the guidelines for the essay writing, obeying the APA standards. The theoretical framework that underpins all the work, follows the interpersonal relations of Hildegard Peplau theory, which one has helped me at the reflexive work and the nursing process applied in several situations of nursing intervention and Patricia Benner who had developed the model Dreyfus for skills acquisition.

Keywords: Family, patient in critical condition, end of life, communication strategies, nursing intervention

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA- American Psychological Association

BIAo- Balão Intra-Aortico

CHKS- Caspe Healthcare Knowledge System

CID- Coagulação Intradissiminada

DR- Diário da República

ECG- Eletrocardiograma

ESEL- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

LA- Linha Arterial

OE- Ordem dos Enfermeiros

PIC- Pressão Intracraniana

PVC- Pressão Venosa Central

PNCP- Plano Nacional de Cuidados Paliativos

RM- Ressonância Magnética

SIDA- Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

TAC- Tomografia Axial Computadorizada

TISS- Therapeutic Intervention Scoring System

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

UCIC- Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	15
1- ENQUADRAMENTO TEORICO.....	19
1.1- A Família e Doente em Situação Crítica e em Fim de Vida: Um Desafio Para os Enfermeiros.....	19
1.2- A Comunicação Enfermeiro/Doente/Família Essência dos Cuidados de Enfermagem.....	21
1.3- Prática de Enfermagem Avançada.....	34
2- IMPLANTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO.....	39
2.1- Unidade de Cuidados Paliativos.....	41
2.1.1- Objetivos/Atividades/Resultados.....	44
2.2- Unidade de Cuidados Intensivos Neuro-Críticos.....	50
2.2.1- Objetivos/Atividades/Resultados.....	53
2.3- Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos.....	57
2.3.1- Objetivos/Atividades/Resultados.....	59
2.4- Avaliação do Percurso de Estágio.....	61
3- CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO.....	63
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67

APÊNDICES

Apêndice I- Apresentação em Aula do Desenho do Projeto de Estágio

Apêndice II- Cronograma de Estágio

Apêndice III- Caracterização de Serviço UCP

Apêndice IV- Processo de Tomada de Decisão de Fim de Vida

Apêndice V- Reflexão 1- Estágio Cuidados Paliativos

Apêndice VI- Reflexão 2- Estágio Cuidados Paliativos

Apêndice VII- Estudo de Caso 1 Estágio Cuidados Paliativos

Apêndice VIII- Estudo de Caso 2 Estágio Cuidados Paliativos

Apêndice IX- Caracterização de Serviço UCINC

Apêndice X- Reflexão Estágio UCINC

Apêndice XI- Narrativa de Enfermagem Estágio UCNC

Apêndice XII- Slides Sessão UCINC

Apêndice XIII- Caracterização de Serviço UCIC

Apêndice XIV- Funções Chefe de Equipe UCIC

Apêndice XV- Slides Sessão UCIC

INTRODUÇÃO

O presente relatório é o corolário de um percurso de estágio, iniciado para enriquecer o meu conhecimento científico, desenvolver competências gerais e específicas na Área de Especialização na Pessoa em Situação Crítica e colmatar uma necessidade pessoal e profissional geradora de insegurança e tensão, a comunicação eficaz com o doente e família em situação crítica e fim de vida.

Numa visão retrospectiva, a transição do processo da morte no domicílio para o contexto hospitalar realça uma necessidade de mudar atitudes relacionais com os doentes e seus familiares. Frias (2003, p.27), refere que os profissionais de saúde inseridos numa organização hospitalar e habilitados para o tratamento de doenças, servem-se de tecnologia avançada para salvar vidas e remetem para segundo plano as necessidades sentidas pelos doentes em fim de vida e seus familiares.

A intervenção do enfermeiro dirigida à pessoa em situação crítica e em fim de vida exige perícia na comunicação, mas no quotidiano da minha prática, eu sentia que as minhas respostas se revelavam, muitas vezes, insuficientes para a satisfação das necessidades manifestadas pelos doentes e familiares. O percurso de estágio permitiu-me enriquecer o meu conhecimento e desenvolver competências promotoras de uma prática avançada com vista à gestão da qualidade e excelência na prestação de cuidados.

Apesar dos meus 19 anos de serviço, quando a experiência profissional nos diz que o prognóstico é muito reservado, ocorria-me um sentimento de inquietação interna quando precisava responder a perguntas, da família, do doente com condição crítica e em fim de vida, tais como: *“Vai melhorar? ... Os antibióticos ainda não estão a fazer efeito, porquê? ... Porque já não abre os olhos quando falo com ele? ... Será que volta a falar?”*, entre outras; eram perguntas para as quais não conseguia encontrar repostas adequadas de alívio emocional, perante a manifestação de sentimentos, de suporte e conforto de forma a satisfazer as necessidades manifestadas pelo doente e família.

Ao encaminhar a minha responsabilidade para outros técnicos ou limitar o tempo de comunicação com o doente e família ao mínimo possível, demonstrava um ato de proteção pessoal para ocultar a falta de perícia nesta temática. Esta tomada de consciência, através de um processo reflexivo, mostrou que o desafio mais importante que os enfermeiros enfrentam no cuidar do doente em situação crítica e em fim de vida é saber como lidar com conversas difíceis. Shannon, Long-Sutehall & Coombs (2011) referem que, para facilitar, os enfermeiros devem desenvolver estratégias de comunicação.

Do meu percurso profissional consta a passagem por serviço de urgência polivalente, unidade de cuidados intensivos polivalente e unidade de cuidados intensivos coronários, nos quais tive a oportunidade de desenvolver várias competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica. Neste momento desempenho, em paralelo, funções de responsável por uma enfermaria de psiquiatria. A comunicação é a essência dos cuidados de enfermagem em qualquer área de intervenção, pelo que o uso de estratégias adequadas enriquecerá a minha prestação como enfermeiro perito.

Frequentar o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, permitiu-me tomar consciência das competências já adquiridas e enriquecer o meu conhecimento através de momentos de aprendizagem e desenvolvimento de novas competências especializadas nesta área temática, com vista a um desempenho de máxima qualidade na prestação de cuidados de enfermagem.

Toda a motivação para o desenvolvimento deste trabalho, nasceu da necessidade em saber como comunicar eficaz e efetivamente em situações de crise com o doente e família, no propósito de preencher um vazio que sentia na minha atividade diária e na procura de uma maturidade diferente. O Enfermeiro procura, a excelência do exercício, *“assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a*

formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Nunes, Amaral & Gonçalves 2005. p.133) foi esta procura que orientou o meu percurso de estágio.

Este relatório tem como objetivo explicitar as atividades, os resultados alcançados e as competências gerais e específicas desenvolvidas em diferentes contextos de campo, valorizando estratégias de comunicação eficaz com a família e o doente em situação crítica, aplicando os conhecimentos para o segundo nível de formação (Mestrado) baseados nos descritores de Dublin. De forma a operacionalizar todo o percurso de estágio tive em conta:

1- Adquirir estratégias especializadas de comunicação com a família e doente em fim de vida; 2 - Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica em fim de vida e sua família aplicando estratégias de comunicação eficazes; 3 - Contribuir para a capacitação da equipa de enfermagem na área da comunicação.

O estágio centrado na temática: **“A família e o doente em situação crítica em fim de vida: estratégias de comunicação em enfermagem especializada”**, ancorado numa revisão da literatura e orientado pelo referencial teórico de Hildegard Peplau a teoria das relações interpessoais, que suportou o trabalho reflexivo e a utilização do processo de enfermagem nas diferentes situações da prática de cuidados e no modelo de desenvolvimento de competências de Patricia Benner adaptado do modelo Dreyfus que me conduziu na aquisição de competências.

Contei ainda com o apoio e orientação das minhas orientadora e coorientadora, em reuniões de orientação tutorial e presença assídua nos campos de estágio, ao longo de todo o meu percurso. Todo o trabalho de campo foi realizado em três contextos diferentes pois tive em consideração a sua especificidade para aquisição de competências e a sua adequação ao projeto de estágio:

- Escolhi uma Unidade de Cuidados Paliativos, pela continuidade de trabalho com doentes em fim de vida e onde os profissionais desenvolvem atividades profundas e estruturadas de comunicação e trabalho em equipa.
- Uma Unidade de Cuidados Intensivos Neuro-Críticos, porque comunicar com o doente em coma e sua família é um desafio que exige conhecimentos avançados, treino e perícia para uma comunicação eficaz.
- Na Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, local onde habitualmente desempenho funções como enfermeiro graduado, por me aperceber em conversas informais, que os meus pares manifestam interesse e partilham das mesmas dificuldades na área temática. Aproveitei também esse momento para desenvolver competências na área da gestão.

Com este relatório pretendo relatar todo o percurso de desenvolvimento de competências especializadas para este Mestrado, que consolidei ao passar pelos três contextos de cuidados supra citados. O Documento compreende três partes:

- Na primeira, o enquadramento teórico que contextualiza o tema “a família e o doente em situação crítica e fim de vida como um desafio para a enfermagem”, assumindo-se a comunicação como a essência do cuidar e o pensamento de Hildegard Peplau e Patricia Benner como referencial teórico para: uma prática avançada de enfermagem; um processo de maturação profissional e aquisição de competências.
- Na terceira, execução do projeto de estágio, relato os objetivos, as atividades, os resultados e a avaliação do percurso nos diferentes contextos de estágio.
- Na quarta, espaço reservado para as conclusões e trabalho futuro.

1- ENQUADRAMENTO TEORICO

Nos hospitais as Unidades de Cuidados Intensivos destacam-se por ter um ambiente de alta tecnologia, onde se vivem diariamente situações de emergência e morte. (Marques, Silva & Maia, 2009). O tratamento em UCI é considerado agressivo, invasivo, com elevada intensidade e complexidade de eventos e situações.

A utilização de tecnologia avançada e as modalidades de suporte de vida têm providenciado a capacidade de prolongar a vida, mesmo que esta já esteja comprometida e sua viabilidade não seja possível (Vanderspank-Wright et al, 2011). O enfermeiro em cuidados críticos, ocupa uma presença contínua junto à cama do doente e seus familiares, prestam-se cuidados altamente sofisticados e tomam-se medidas de promoção de conforto e bem-estar. Para Martin & Koesel, (2010) esta presença contínua permite aos enfermeiros, na maioria das vezes, terem uma visão mais realista da condição clínica do doente e das necessidades dos seus familiares. Segundo Peplau (1990, p.14) a Enfermagem é um instrumento educativo, uma força de amadurecimento que fomenta a evolução da personalidade na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária. Esta perspetiva enquadra-se no tema deste relatório, nas relações interpessoais não se pode trabalhar com perceções individuais, mas interdisciplinares e familiares.

1.1- A Família e doente em Situação Crítica e em Fim de Vida: Um Desafio Para os Enfermeiros

A pessoa em situação crítica é, *“aquela cuja vida está ameaçada pela falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”* (OE, 2010). Nesta condição são poucas as pessoas internadas em UCI que conseguem manifestar as suas necessidades e desejos. Estas decisões que podem envolver o fim de vida, muitas vezes são discutidas entre profissionais de saúde e membros da família

(Boyle, Miller, Forbes-Thompson, 2005), para este entendimento entre as partes é necessário uma boa comunicação

Nesta perspetiva considero que o ato de cuidar o doente crítico e em fim de vida, é sempre uma situação constrangedora, para Reid, McDowell & Hoskins (2011) o enfermeiro surge como advogado da família proporcionando suporte e conforto quando esta se prepara para encarar o sofrimento com a perda e o futuro sem o seu ente querido. Segundo Phaneuf, (2005, p. 444), os principais sentimentos alvos de intervenção da enfermagem nos doentes em fim de vida são:

- ✓ A ansiedade e o medo; a culpabilidade; a angústia espiritual; a dependência e o sentimento de inutilidade; a solidão; a tristeza; o luto e suas etapas (o choque, a negação, a cólera, a negociação, a depressão e a aceitação)

Ao vivenciar uma situação de crise os familiares do doente crítico em fim de vida também manifestam necessidades de suporte, de informação, de proximidade e de garantia de cuidados ao seu familiar. Davidson (2009), refere que o envolvimento da família é importante, pois a debilidade física do doente por vezes é impeditiva de se manifestar em relação à sua doença e tratamento. Entenda-se que “família” do doente em situação crítica e em fim de vida são os indivíduos ou individuo (parentes, parceiros, amigos, pessoa responsável) que têm uma relação pessoal muito próxima e continua com o doente, não se limita à consanguinidade (NSW Government, 2005), ou que o mesmo tenha manifestado o desejo expresso da sua participação na definição do tratamento ou não e que esses indivíduos estejam preparados para participar nessas decisões.

Ao acompanhar o internamento, os familiares podem apresentar-se emocionalmente perturbados, com níveis elevados de *stress*, perturbações de humor, ansiedade e depressão. Soares (2007), adianta que estas manifestações podem despertar necessidades específicas tais como, maior apoio e proximidade para com o doente, o querer compreender a fisiopatologia da doença, quais os cuidados que estão a ser prestados e sua eficácia, se o tratamento está a decorrer sem sofrimento, poder manifestar sentimentos/angústias e mesmo solicitar suporte e conforto.

Segundo Phaneuf, (2005 p.462-463), a família com laços afetivos tem necessidade de informação, sendo que a educação por parte dos enfermeiros ajuda a preparar para enfrentar uma má notícia ou adaptação ao problema de saúde do seu membro de família. Adianta ainda que o suporte psicológico ajuda a diminuir a ansiedade, o *stress* e o medo. Os enfermeiros devem convidar os familiares a participar nos cuidados ao doente ao mesmo tempo que são esclarecidos sobre a situação clínica, sobre as responsabilidades da família e a melhor maneira de manifestar e assumir o sofrimento, a inquietude e a frustração de forma a reduzir sentimentos de culpabilidade e conflitos internos.

1.2- A Comunicação Enfermeiro/Doente/Família: Essência dos Cuidados de Enfermagem

Em UCI, precisamos estar preparados para lidar com situações difíceis, tais como morte iminente, alterações do estado de consciência, agravamento do estado clínico, ineficácia do tratamento, familiares de trato difícil, etc. A habilidade ou competência mais importante que o enfermeiro pode adotar é uma comunicação adequada, esta pode ser verbal ou não verbal, é a forma de entender o que nos dizem e de expressar corretamente o que queremos dizer. Kearns, (2007) refere que na maioria das vezes a enfermagem é a chave para divulgar informação ao doente, a outros membros da equipa multidisciplinar e aos familiares.

“ A comunicação é um processo dinâmico e multidirecional de intercâmbio de informação, através dos diferentes canais sensório-percetuais (acústicos, visuais, olfativos, táteis e térmicos) que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela palavra. Implica a adaptação a uma realidade em constante mudança – com avanços retrocessos, significados, envolvendo o doente, a família e a equipa interdisciplinar, (...), ponto-chave para atender, com qualidade, todas as dimensões de uma pessoa doente e em sofrimento.” (Barbosa & Neto, 2006. p. 358)

Encontrei na teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau, o quadro conceptual que mais se adequa ao desenvolvimento do meu trabalho, dá ênfase à relação enfermeiro-doente e é uma referência no processo de comunicação em

enfermagem. Segundo a classificação das correntes de pensamento de Kerouac (1994, p.9), o modelo conceptual de Peplau está centrado no paradigma da integração, orienta-nos para a pessoa e ambiente que a rodeia. Faz parte da escola da interação (Kerouac, 1994, p. 82), pois enaltece uma teoria baseada na realidade, na qual a enfermagem psicodinâmica tem como pressuposto compreender o comportamento de uns (enfermeiros), para ajudar outros (os doentes) na identificação e resolução das dificuldades sentidas num momento de necessidade (doença), (Peplau, 1990, p.5) os cuidados de enfermagem não se centram unicamente no doente, mas em tudo que possa influenciar o seu bem-estar.

Hildegard E. Peplau com a publicação de seu livro, "*Interpersonal Relations in Nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*" em 1952, fornece à enfermagem uma ferramenta teórica útil à qual os enfermeiros podem ter acesso, embora seja um modelo inicialmente orientado para a enfermagem psiquiátrica, pode adaptar-se a qualquer situação de cuidados que implique uma relação interpessoal. A autora descreve a enfermagem como um processo interpessoal, significativo e terapêutico, funciona em cooperação com outros processos humanos que possibilitam a saúde nas comunidades. Os enfermeiros participam na organização de condições que facilitam as tendências naturais em curso nos organismos humanos (Peplau, 1990, p. 14). Nesta perspetiva, **enfermagem** é um "*instrumento educativo*", uma força de amadurecimento que fomenta a evolução da personalidade na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária.

Define **pessoa**, como um organismo humano que vive num equilíbrio instável. Considera ainda um Indivíduo que luta à sua própria maneira para reduzir a tensão gerada pelas necessidades, uma estrutura única que não irá reagir da mesma forma que outro indivíduo. **Saúde** é definida como "*uma palavra*", símbolo que implica um movimento da personalidade para a frente, acompanhando outros processos humanos em curso, no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária (Peplau, 1990, p. 10). O **ambiente** é identificado como forças existentes no exterior do organismo e no contexto da sua cultura, a partir dos quais a moral, as

crenças e costumes são adquiridos, sendo que as condições gerais suscetíveis de conduzir à saúde incluem sempre um processo interpessoal, do qual faz parte a família (Peplau, 1990, p. 7). **Cuidar**, processo interpessoal com funções educativas e terapêuticas que proporciona às pessoas desenvolver habilidades para a solução dos seus problemas de saúde, (Peplau, 1990, p. 11) exige a participação de duas ou mais pessoas que beneficiam das interações com a finalidade de proporcionar ao doente bem-estar físico, emocional e social.

Peplau (1990, p. 7) considera o enfermeiro como um indivíduo complexo, um somatório de experiências anteriores, de treino rigoroso e com traços de personalidade bem vinculados. O doente é também considerado por Peplau (1990 p.15) um indivíduo complexo, de personalidade única e bem informado dentro do seu quadro de referência. A relação enfermeiro-doente inicia-se com uma alteração da condição física do indivíduo e a disponibilidade do enfermeiro providenciar os cuidados específicos, de forma a responder ao pedido de ajuda. Segundo a autora são muitos os papéis que se exigem ao enfermeiro, para dar resposta aos problemas manifestados pelos doentes (Peplau, 1990, p.39-58). Estes papéis surgem ao longo da prestação de cuidados à medida que a relação interpessoal enfermeiro-doente é realizada.

- ❖ Papel de **estranho**, doente e enfermeiro são estranhos um para o outro, não têm nada em comum, o enfermeiro segue um princípio;
1º Aceitar o doente como ele é; 2º Tratar o doente como um estranho, mas emocionalmente apto e manter uma relação sobre esta base mesmo que a evidência o demonstre de outro modo.
Torna-se necessário chegar a um determinado grau de confiança, respeito e interação mútua para haver comunicação de forma a partilhar informação.

- ❖ Papel de **pessoa de recurso** proporciona respostas mais específicas em relação às perguntas do doente sobre um problema maior. O enfermeiro sabe atuar de forma adequada e conseguir uma aprendizagem construtiva. Aprende a adaptar as questões à prática de forma a distinguir, as que precisam de resposta direta e objetiva, das que implicam sentimentos.

- ❖ Papel de **ensino**, o ensino parte sempre do que o doente conhece e do seu interesse em querer conhecer mais da sua doença, ajuda a enfrentar as dificuldades ao longo do seu internamento.
- ❖ Papel de **líder na enfermaria**, os doentes identificam-se com os enfermeiros que lhes prestam cuidados e esperam que estes lhes proporcionem orientação para as suas dificuldades. Colaborar com o doente na solução dos seus problemas exige liderança democrática a fim de que, a experiência conduza a uma aprendizagem útil para ambas as partes. Exige atitudes de respeito e dignidade pelo ser humano, que o doente capta emocionalmente e relaciona-as a si mesmo.
- ❖ Papel de **substituto**, o doente encara o enfermeiro como outra pessoa, este pode simbolizar uma figura materna, um irmão, uma figura pública conhecida ou alguém de uma relação anterior que está na sua mente. Para o enfermeiro, esta proximidade, pode ser uma oportunidade de iniciar a comunicação e fazer com que o doente expresse seus sentimentos e pensamentos mais abertamente.
- ❖ Papel de **assessor**, ao promover ações na relação enfermeiro-doente ou experiências que conduzem à saúde do doente, como, autorrenovação, autorreparação e autoconsciência, o enfermeiro está a transformar o doente numa pessoa mais produtiva. Os princípios são determinados pela personalidade do enfermeiro e pelo conhecimento adquirido e reformulado durante a sua formação profissional.

Os enfermeiros assumem estes papéis ao mesmo tempo que ajudam o doente a clarificar concepções prévias, a excelência no seu exercício aperfeiçoa a intervenção de enfermagem através de uma supervisão competente para a obtenção de bons resultados (Peplau, 1990, p.58). A melhoria nos cuidados só se verifica quando o enfermeiro consegue na sua prática, compreender, interpretar e responder às múltiplas e variadas necessidades dos doentes e família. A complexidade do apelo

de doentes e família exige ao enfermeiro a aquisição de conhecimento e desenvolvimento de competências especializadas.

Patricia Benner (2001, p. 270) na sua obra *“De Iniciado a Perito”*, reconhece e valoriza a excelência nos cuidados tendo adaptado à enfermagem o modelo Dreyfus como referência para aquisição de conhecimento e de competências dos enfermeiros, acrescenta que a grande quantidade de conhecimento na prática está no *“saber fazer”* do enfermeiro perito. *“A disciplina de enfermagem precisa de pessoas peritas para modelar as transições dinâmicas entre conhecimento pessoal e a situação clínica”* (Benner, 2001. p. 38).

A perícia em matéria de tomadas de decisão complexas torna possível uma interpretação real e refinada das situações de cuidados o que contribui para o desenvolvimento da disciplina (Benner, 2001. p. 33). *“Aprender a escutar ativamente e a responder empaticamente a alguém que está a enfrentar a morte não é facilmente aprendido”* (Benner, 2001. p.17). Os enfermeiros adquirem com o contato dos familiares e dos doentes todo um leque de respostas, de significados e de comportamentos destinados a fazer frente às situações extremas, *“muitas vezes o toque para reconfortar ou estabelecer um contato com um doente mais fechado ou deprimido, é um meio que permite a comunicação”* (Benner, 2001. p.88). O enfermeiro deve apoiar e otimizar o papel positivo dos membros da família dando-lhes as informações necessárias para providenciar os cuidados, demonstrando competência e aplicando conhecimentos técnicos no desempenho do papel de guia e educador. Benner (2001. p.90) valoriza ainda a importância das famílias como interlocutores no processo saúde/doença.

Contudo uma comunicação pouco clara, pode levar a alguma frustração aos familiares e doente em situação crítica e em fim de vida. A falta de conhecimento por parte dos enfermeiros do que foi comunicado ao doente e seus familiares, pode ser uma situação constrangedora. Gauthier (2008) refere que a falta de comunicação ou entendimento por parte dos profissionais de saúde pode originar conflito, sentido pelos familiares em situações delicadas. Existem **barreiras ao processo de**

comunicação que levam a uma informação pouco perceptível, o atraso na comunicação ou falta de sinceridade. Boyle, Miller & Forbes-Thompson (2005) indicam que por vezes mensagens curtas de difícil compreensão podem ser fatores que criam confusão, falta de confiança e conflito entre famílias e prestadores de cuidados de saúde principalmente quando se querem tomar decisões no processo de fim de vida do doente.

Bushinski & Cummings (2007), estabelecem como barreiras para uma comunicação efetiva; a cultura, a falta de tempo, a não colaboração dos médicos e a promoção da esperança mais do que o razoável numa determinada situação. Em complemento, Davidson (2009), refere, num dos estudos consultados por si, que o maior número de queixas relacionadas com as necessidades da família do doente em situação crítica em fim de vida, estava relacionado com o pouco tempo de visita e falta de comunicação. Conclui que uma comunicação consistente é a chave para a satisfação dos familiares. Efsthathiou & Clifford (2011) acrescentam que a comunicação é um atributo essencial que os profissionais de saúde devem possuir para prestarem cuidados de elevada qualidade e um atendimento eficaz e compassivo a doentes em fim de vida e seus familiares.

Os enfermeiros que prestam cuidados diretos aos doentes, sabem que não é só o tratamento que permite a esses doentes recuperar, Collière, (1999, p.308) refere que todos os cuidados especializados baseados numa comunicação eficaz não-verbal e verbal que mobilizam a sua atenção, estimulam a sua sensibilidade física e afetiva. O processo de autorreflexão, a empatia, a escuta ativa, gestão eficaz do tempo, o ambiente seguro, recurso à linguagem não-verbal, clarificação e reformulação da linguagem verbal, promoção da esperança realista e trabalho em equipa, são pressupostos e estratégias condicionados pelo contexto em que se encontrem, para que o processo de comunicação seja efetivo e eficaz.

Processo de Autorreflexão:

Phaneuf, (2005 p.164-166), refere que os enfermeiros devem possuir qualidades de autoconhecimento para uma comunicação eficaz, fazer prova de abertura ao

diálogo, ter confiança nas suas capacidades relacionais. Acrescenta ainda que, a preocupação com o outro permite colher dados, planificar os cuidados de forma a explicar o tratamento e sua doença ao transmitir as informações necessárias, segundo Chalifour (1993), a partilha de ideias e informação; permite utilizar conhecimentos, competências técnicas e científicas para esclarecimento de dúvidas.

Ainda do ponto de vista de Phaneuf, (2005 p.164-166), a proteção, capacidade para não se expor ao embaraço, sofrimento e insegurança, adaptação à mudança e ao conservadorismo contribui para uma boa negociação, o enfermeiro deve aceitar o fato de pensar em si, nas próprias preocupações. Chalifour (1993) completa esta ideia ao afirmar que, a autenticidade; ser congruente; manifestar as próprias percepções, pensamentos, ressentimentos e motivações exige um bom conhecimento de si próprio. Riley (2000) no seu livro Comunicação em Enfermagem refere que, *“ser enfermeiro implica um compromisso sagrado. Doentes e famílias chegam-nos amedrontados, em alturas negras”*, (p.221) O enfermeiro deve estar desperto para desempenhar *“simples tarefas diárias, como estar presente, permanecer em silêncio, programar encontros e preparar a morte, como uma forma de entrar em contato com os ciclos naturais da vida”*. (pp. 222-223)

Peplau (1990), refere que para se estabelecer uma relação, com outro ser humano, o enfermeiro deverá trabalhar a favor de uma compreensão e objetivos comuns, o que pressupõe a possibilidade de um partilhar de sentimentos, crenças e formas de atuação, de ser intérprete, de assegurar que as decisões de fim de vida, os valores e objetivos foram assimiladas pelos doentes e família. Questões como por exemplo: *“Tem alguma pergunta sobre o que lhe vai acontecer se o seu coração parar? Quer voltar a respirar pelo tubo?”* Ajudam o doente e sua família a partilhar os valores, atitudes, crenças e esperanças. Bushinski & Cummings (2007) referem que para facilitar o entendimento na comunicação e assegurar que a informação seja clara os enfermeiros usam habilidades como; preparação e respostas adequadas; reconhecer as emoções.

Empatia:

Segundo Chalifour (1993), compreensão empática é a capacidade de se colocar no lugar do outro e ver o mundo da mesma forma, a capacidade de entrar no mundo subjetivo e participar nessas experiências. Segundo Saraiva & Martinho (2010), o doente em coma fica impedido de manter a sua identidade, seus valores, sua autonomia, incapacitado de tomar decisões de se auto-cuidar, deixa de ser singular.

Nesta perspectiva o enfermeiro durante a prestação de cuidados deve usar a reserva pessoal, mostrar-se caloroso com as pessoas de quem cuida (Phaneuf, 2005 p.164-166). Chalifour (1993) acrescenta, é uma atitude de ajuda que reconhece o doente como único, pertence a um mundo próprio digno de interesse e mérito reconhecido e valorizado por todos. Barbosa & Neto (2006, p.371) adiantam que para demonstrarmos empatia, o enfermeiro deve estar em contato com o doente, colocar-se no seu lugar, mas ter consciência de que o problema é do doente, adaptar o vocabulário especificando a compreensão da vivência do doente e validar as suas emoções. Peplau (1990) refere que, responder aos sentimentos e identificar os desejos, é uma forma do enfermeiro satisfazer as necessidades dos doentes. Mostrar afeto e aceitação, restaura a fé do doente em si mesmo o que permite a ajuda dos enfermeiros.

Escuta ativa:

A escuta com o doente é um “dom” de um momento de vida, que o enfermeiro proporciona ao doente, um pouco da sua energia, ao disponibilizar e ao prestar atenção ao que ele exprime (Phaneuf, 2005 p.152), a disponibilidade para escutar é também um atributo evidenciado por Chalifour (1993). Os enfermeiros podem ajudar ao adaptar as metas em objetivos mais reais. A escuta terapêutica é manter uma atitude não punitiva ou valorativa da agressão, aceitar o doente como ele é, são estratégias de comunicação na relação interpessoal que ajudam o enfermeiro e doente a clarificar metas e a alcançar uma compreensão mútua (Peplau, 1990, p.80)

“A escuta ativa é uma relação baseada na verdade e na confiança, são duas das formas de prevenção do luto patológico” (Barbosa & Neto, 2006. P. 459). Aliviar a

expectativa, dar orientações claras, proceder a uma escuta ativa, validar o entendimento, combinar mensagens verbais e não-verbais são estratégias para melhorar a comunicação. Ser claro, no como e o que se deve comunicar estabelecendo regras básicas, pode ajudar na comunicação, todos sabem a direção esperada quando não ocorre comunicação (Kelly, 2005).

Gestão eficaz do Tempo:

Essencial para se estabelecer uma conversa terapêutica. Os enfermeiros precisam de colher dados para determinar comportamentos, emoções, sintomas do doente e explorar opiniões e dúvidas dos familiares (Bushinski & Cummings, 2007). Quando um enfermeiro dedica algum tempo a ajudar o doente a orientar-se nos cuidados e rotinas hospitalares, estabelece relações com os problemas identificados, esta experiência pode tornar-se numa aprendizagem útil. Para Peplau, (1990. P. 24) ao clarificar com o doente todos os aspetos da doença e os procedimentos a desenvolver para alcançar determinadas metas, permite observar e averiguar o que o doente espera dos enfermeiros, como sente a sua doença, expectativas e sentimentos manifestados pelo doente.

Criação de Ambiente seguro:

Sentar perto do doente de forma a manter contacto no olhar, permitir a presença dos familiares junto ao doente, o toque no braço ou ombro do doente ou familiar permite um sentimento de segurança na comunicação, respeitar distância confortável e privacidade em relação ao doente/família são estratégias que autores como Chalifour (1993) e Phaneuf (2005) apontam na sua utilização.

Segundo Peplau, (1990. P. 26) quando um enfermeiro permite ao doente expressar o que sente e satisfaz as suas necessidades, o doente pode sentir a ajuda do enfermeiro como uma reorientação dos seus sentimentos e fortalece os elementos positivos da sua personalidade.

Recurso à linguagem não-verbal:

Chalifour, (1993), refere que numa relação de ajuda profissional os diferentes modos de contacto determinam técnicas de comunicação não-verbal, como o toque, a distância e as posições; o olhar, o odor, os reflexos, o silêncio e o convite a prosseguir. Barbosa & Neto (2006. p. 376), reforçam que a linguagem não-verbal tem mais impacto, confere sinceridade e significado às mensagens dos doentes: falar com as mãos, acenar com a cabeça, uso de interjeições e linguagem corporal positiva, de forma a dar confiança. Bushinski & Cummings (2007) adiantam que para facilitar o entendimento na comunicação e assegurar que a informação seja clara os enfermeiros usam habilidades como; preparação e respostas adequadas; reconhecer as emoções; exploração das declarações dos doentes e familiares; comportamentos não-verbais (contacto no olhar, demonstração de empatia, encorajar); pausa e prolongar o tempo; estar presente. Peplau, (1990) considera que o corpo na sua totalidade ou partes dele, atuam como instrumentos de expressão que comunicam os sentimentos desejos e aspirações de uma pessoa. Os gestos corporais, a postura e o movimento expressam sentimentos que não podem manifestar diretamente.

Clarificação e reformulação da linguagem verbal:

Chalifour (1993), descreve como técnicas de comunicação verbal:

- A reflexão simples; geralmente é breve e serve para resumir o que nos dizem,
- A síntese; realça os elementos essenciais que se quer comunicar,
- O confronto; visa a redução de distorções ou contradições,
- O “*feedback*”; processo verbal ou não verbal de informação das suas percepções e sentimentos sobre o comportamento do doente.
- A reformulação; extrair o sentimento manifestado e não o impor
- A elucidação; afirmar sentimentos não revelados nas palavras
- O conselho; permitir ao doente fazer escolhas mais adaptadas à sua condição física;
- A informação; responder a todas as perguntas do doente utilizando uma linguagem adaptada ao mesmo.

Em todas as situações podemos recorrer ao uso de questões para facilitar o entendimento e colheita de dados:

- As questões; abertas, fechadas; diretas; indiretas, sugestivas, hipotéticas e escolha restrita.

Alguns exemplos:

- Questões abertas, como: “O que é calma para si?... , Como se comportaria no passado?”,..., Para os familiares: “O que proporciona paz ao seu familiar doente?”
- Questões-fechadas como; “Pode dizer-me onde é a dor? Pode classificar a sua dor numa escala de 0-10?” São questões facilitadoras para se tomar uma ação rápida.
- Questões-circulares: principalmente quando se quer envolver os familiares nos cuidados: “Tem conhecimento que a sua mãe esta preocupada com a interrupção do tratamento? Vou deixa-los a falar sobre isso”.

Promoção da Esperança Realista:

Transmite-se de forma verbal e não-verbal apoiada por um comportamento aberto e realista, a respeito do efeito do tratamento, do estado do doente e do seu futuro (Phaneuf, 2005. p.384). É uma projeção que pode ir de um presente penoso a um futuro onde poderá haver melhorias na condição de vida. Chalifour (1993, p.205), adianta que esperança é uma atitude essencial do enfermeiro e que este deve por diversos meios transmiti-la à pessoa que a perdeu. Para Barbosa & Neto (2006. p. 375) *“não há que dar falsas esperanças, pode ser que não possamos oferecer a cura, mas podemos manter a esperança de não sofrer”*. Peplau (1990, p. 160), refere que os enfermeiros ajudam os doentes a sentirem-se seguros para expressarem seus desejos e alcançar satisfação, fortalecem a sua personalidade condição necessária para realizar atividades sociais produtivas.

Trabalho em equipa:

O processo de comunicação não pode ser um ato isolado de um único profissional de saúde, sugerem-se reuniões multidisciplinares que incluam médicos, enfermeiros

e familiares dos doentes, em local próprio, com o objetivo de evitar informações contraditórias, planejar o tratamento e garantir a confiança dos familiares nos profissionais de saúde de forma a aliviar o seu sofrimento (Jacobowski, et al, 2010). A presença dos enfermeiros nas reuniões multidisciplinares, é de elevada importância, é o profissional que mais tempo permanece junto do doente crítico em fim de vida e sua família, estabelece relações de suporte e educação, facilita a comunicação entre a equipa e a família (NSW Government, 2005).

O doente precisa de ajuda para compreender os cuidados que lhe são prestados esta tarefa é uma responsabilidade do pessoal médico e de enfermagem, exige uma planificação conjunta (Peplau, 1990. p. 21). Para Barbosa & Neto (2006. p.464) *“a atuação em equipa deve enfatizar a vida, encorajar a esperança e ajudar os doentes a aproveitarem o melhor de cada dia. Não devem somar-se intervenções desarticuladas”*. O suporte à família é considerado um conjunto de intervenções da enfermagem que visam levar apoio emotivo aos próximos do doente, ajudá-los a atravessar este momento penoso, a compreender o problema de saúde e a enfrentá-lo calmamente. Segundo Phaneuf (2005, p 461) quando isso é possível, a enfermagem convida os familiares a participar nas decisões e nos cuidados e ajuda-os a prepararem-se para a substituírem ou para enfrentarem os momentos difíceis.

“Do Dever de Informação”

Todos os indivíduos que recebem cuidados de saúde têm o direito à informação sobre a sua condição e opções de tratamento. Têm o direito de receber ou recusar tratamentos que prolonguem a vida (NSW Government, 2005), o que nos pode orientar para questões éticas como: Quem, como e o que informar?

Segundo o Código Deontológico no seu artigo 84º Do dever de informação o enfermeiro assume o dever de:

“informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem, informar sobre os

recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter.” (OE, 2009)

A Carta dos Direitos do Doente Internado, no seu ponto 6, refere-se ao direito da pessoa ser informada sobre a sua situação de saúde. *“As informações deverão ser dadas da maneira mais adequada às características do doente e num contexto de empatia, confidencialidade e privacidade, atendendo a que esta informação determina muitas vezes o futuro do indivíduo e da família”*. Em complemento o Artigo 91º Dos deveres para com outras profissões, estabelece na sua alínea a) *“que os enfermeiros assumem como dever «atuar responsavelmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma»”, e na alínea b) deste mesmo artigo, “«trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde»”* (OE, 2009)

A enfermagem tem que reconhecer que o objetivo geral dos cuidados ou tratamento no doente crítico em fim de vida, está especificamente relacionado com os valores, preferências e qualidade de vida, não se podem confundir com objetivos diários, planos de cuidados ou tratamentos de rotina (Barbosa & Neto, 2006. p.468). O doente e sua família devem ter conhecimento da especificidade do tratamento que lhe está a ser oferecido, devemos determinar o que deve ser feito e não o que pode ser feito (Martin & Koesel, 2010). Insuficiência renal aguda, doenças pulmonares com ou sem ventilação mecânica, neoplasias malignas, doenças cardíacas e doenças hepáticas severas, sépsis, SIDA, trombocitopenia e albuminemia grave em doentes idosos, CID, hemorragias gástricas, são exemplos de doenças que em UCI podem levar a um mau prognóstico.

Como membros integrantes da equipa interdisciplinar e ao ocupar mais tempo junto do doente e família na prestação de cuidados, os enfermeiros surgem como os elementos alvo privilegiado na comunicação de más notícias, sobe ponto de vista jurídico compete ao diretor do serviço ser o responsável pela informação, podendo delegar essa competência, o que resulta de um processo de articulação e

complementaridade na equipa de saúde (Nunes, Amaral & Gonçalves 2005. p. 184-185). Os enfermeiros são os profissionais melhor colocados em contexto de serviço para comunicação de más notícias.

1.3- Prática de Enfermagem Avançada

A praxis em enfermagem levou-me a ser mais ambicioso na afirmação da minha identidade profissional e como já referido anteriormente, a enriquecer o meu conhecimento e desenvolver competências numa área com a qual partilho uma paixão, o doente crítico. Adquirir maior competência e mais competências para o meu desempenho profissional orientado para uma prática reflexiva. Silva (2006) define esta prática de enfermagem avançada, *“Enfermagem com mais Enfermagem”* atribui mais competências num *“desempenho centrado numa lógica conceptual e concretizada pela relação interpessoal”* e na tomada de decisão, o que permite um trabalho reflexivo sobre *“a transdisciplinaridade, a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade com muito mais propriedade e oportunidade”*.

Nesta perspetiva ao adquirir competências na área de especialização da pessoa em situação crítica, considerando a complexidade das situações de saúde, as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica/falência multiorgânica e à sua família, pretendo mobilizar conhecimentos e habilidades em comunicação para responder em tempo útil e de forma holística à família e doente crítico em fim de vida. O exercício profissional do enfermeiro centra-se na relação interpessoal, cada pessoa é um projeto de saúde. Os enfermeiros ajudam os doentes a enfrentar as suas necessidades e problemas à medida que identificam e planeiam a resolução dos problemas. Segundo Peplau, (1990, p.200) a arte terapêutica por ser curativa, auxilia o indivíduo enfermo ou necessitado de atendimento de saúde, o que atribui à enfermagem uma força amadurecedora e um instrumento educativo.

Segundo o regulamento nº 122/2011 publicado em Diário da República Portuguesa as competências do enfermeiro especialista (DRP, 2011a) decorrem do aprofundamento dos domínios das competências do enfermeiro de cuidados gerais, partilham um grupo de domínios comuns, competências comuns e de acordo com a área de especialidade um grupo de domínio específico, competências específicas (DRP, 2011b) neste caso na área da pessoa em situação crítica, regulamento nº 124/2011. Contudo para a elaboração de perfis académicos grau Mestre é essencial que se definam “*descritores generalizados de qualificação*” (descritores de Dublin desenvolvidos pelo “*Joint Quality Initiative Informal Group*”), estes descritores facilitam a comparação de ciclos de formação à escala europeia (Direção Geral do Ensino Superior, 2006). Esta legislação suporta todo o meu trabalho.

A Perícia nos Cuidados

Segundo Benner, (2001, p.209) o modelo de aquisição de competências de Dreyfus sugere uma nova forma de aprendizagem, a diferença entre a teoria e a prática, sugere vias de pesquisa nas quais se pode retirar o melhor partido entre a formação inicial e o trabalho diário. Benner (2001, p.72), estabelece sete domínios dos cuidados de enfermagem para que se atinjam competências específicas, 1- a função de ajuda; 2- a função de educação e de guia; 3- a função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente; 4- a tomada a cargo de situações de evolução rápida; 5- a administração e acompanhamento de protocolos terapêuticos; 6- assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde; 7- as competências em matéria de organização e repartição de tarefas.

No seu desempenho o enfermeiro em UCI é confrontado com a função de ajuda, educação e guia da família do doente crítico e em fim de vida, compete-lhe ter o sentimento de saber bem das coisas, possibilidade de fazer frente a imprevistos, que estão relacionados com a prática dos cuidados em enfermagem. Benner (2001, p.54) acrescenta que a planificação ajuda a ganhar eficiência e organização. Paralelamente Peplau (1990, p.34) refere que, perante uma situação de doença podemos elaborar planos de cuidados, onde se incluem todos os passos

necessários de forma tornar a doença uma experiência enriquecedora para a recuperação do doente.

É conveniente analisar a totalidade dos aspetos e situações, há quatro fases claramente identificadas na relação interpessoal de Peplau (1990 p.15) que nos orienta para o processo de cuidados, orientação (avaliação inicial), identificação (diagnóstico e planeamento de enfermagem), exploração (implementação) e resolução (avaliação final). Estas fases tomaram como base o meu trabalho na planificação dos cuidados.

- ❖ **Orientação**- O doente reconhece a necessidade de ajuda. O que o doente pensa sobre a sua doença. O enfermeiro demonstra disponibilidade para ajudar. O enfermeiro orienta o doente sobre a dinâmica do serviço e clarifica alguns aspetos e procedimentos relacionados com o internamento. Início da relação enfermeiro /doente.

- ❖ **Identificação**- O doente identifica os problemas que sente necessidade de serem trabalhados. O doente tem conhecimento das suas necessidades a serem trabalhadas. O nível de confiança com o enfermeiro está numa fase inicial, começa assimilar o conhecimento e aceita algumas interações com o enfermeiro. Inicia comportamentos imitativos e gradualmente inicia respostas criativas e construtivas. Nesta fase as respostas comportamentais podem-se manifestar de três maneiras:
 - 1- Baseadas na participação ou nas relações interdependentes com o enfermeiro
 - 2- Baseadas na independência ou isolamento em relação ao enfermeiro.
 - 3- Baseadas no grau de incapacidade ou dependência do enfermeiro.

- ❖ **Exploração**- Estabelecidos níveis de confiança e conforto. O doente beneficia e tira vantagens dos cuidados e da relação com o enfermeiro. Apresenta alguma vacilação na dependência dos cuidados de enfermagem e sua autonomia. Focado em incorporar e aprender experiências para a sua condição de saúde futura e qualidade de vida.

- ❖ **Resolução-** Os objetivos iniciais foram alcançadas e formam-se novos objetivos. Sente segurança na realização de novas experiências, já alcançadas e em tempo oportuno. Aumenta a sua autoconfiança e diminui a dependência e sua identificação com o enfermeiro e seus cuidados. (Peplau, 1990, p.15-35)

Segundo Peplau, (1990, p.35) é através do processo de enfermagem que o enfermeiro pode estudar de forma sistemática todos os cuidados a prestar ao doente valida hipóteses, obtém resultados e tira as suas conclusões.

Relação entre a Teoria e o Processo de Enfermagem:

- Orientação – Investigação
- Identificação – Diagnóstico de Enfermagem e Planeamento
- Exploração – Implementação
- Resolução - Avaliação

A observação, a comunicação e o registo são atividades relacionadas entre si que permitem aos enfermeiros planear as suas ações, fazem parte do processo interpessoal sendo atribuído valor educativo e terapêutico para os doentes (Peplau, 1990, p.194). Permite avaliar a forma como o doente reage ao tratamento e como utiliza a sua energia para retomar a sua autonomia. A doença proporciona oportunidades de aprendizagem para os enfermeiros, desenvolve capacidade de competição, compromisso, cooperação, validação consensual e amizade. Os enfermeiros ajudam os doentes a enfrentar as suas necessidades e problemas, à medida que identificam e planeiam a resolução dos mesmos (Peplau, 1990, p.200).

Sustentado nos conhecimentos do 1º nível e da minha experiência profissional, ao terminar o primeiro e segundo semestre deste Curso de Mestrado, construi em contexto de investigação, uma base de desenvolvimento de competências, aperfeiçoamento de técnicas e conhecimento na área da pessoa em situação crítica. Proporcionou-me ainda desenvolver a autoaprendizagem que me interiorizou uma visão intuitiva e holística mais apurada. Pelo meu trajeto profissional, neste momento a desempenhar funções de chefe de equipa (Apêndice XIV) numa unidade de

cuidados intensivos cardíacos e responsável de um serviço de psiquiatria em hospitais centrais, considero já ter desenvolvido competências nas quais considero ter atingido o nível de perito.

Na minha prática profissional no âmbito dos cuidados críticos atuo segundo os princípios éticos no respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Iniciei o meu trajeto profissional num serviço de urgências central há 19 anos, desenvolvi habilidades e competências na prestação de cuidados ao doente crítico em situações de urgência. Há 16 anos a trabalhar em UCI, vivenciei momentos de alta complexidade com o doente crítico. Maximizo a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas adequadas e em tempo útil na identificação de sinais e sintomas. Na leitura de exames auxiliares de diagnóstico e na promoção de medidas de controlo de infeção instituídas pela comissão de controlo de infeção do hospital.

Ao assumir funções de chefe de equipa na UCI e responsável do serviço de psiquiatria permite-me gerir os cuidados, ao otimizar a resposta da equipa de enfermagem e colaboradores na articulação com a equipa multiprofissional. Adapto a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a excelência na qualidade dos cuidados ao mesmo tempo que baseio a minha praxis clínica na perícia e em sólidos e válidos padrões de conhecimento através de uma atualização continua. Desempenho um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica ao colaborar em programas de melhoria contínua de qualidade.

Fiz parte integrante da equipa de enfermagem do hospital de companhia do exército português o que me proporcionou conhecimento e treino em situações de catástrofe ou emergência multivítimas.

2- IMPLANTAÇÃO DO PROJETO DE ESTÁGIO

Muitos doentes morrem em UCI, em estado crítico com as mais variadas patologias, neoplasias, falência multiorgânica, etc., por vezes a mortalidade ultrapassa os 50% (Martin & Koesel, 2010). Na UCI onde trabalho, no ano de 2011 houve uma taxa de mortalidade de 4%, provavelmente uma incidência baixa em comparação com outras realidades. A parca experiência em lidar com a família do doente crítico e em fim de vida, bem como a falta de tempo disponível e a limitação do tempo de visita, poderão ser fatores predisponentes para não me sentir muito à vontade em comunicar corretamente, de forma a prestar cuidados de excelência que dignifiquem a família e o doente crítico em fim de vida, no suporte e conforto que merecem.

O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas de final de vida, assume o dever de respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas. (Nunes, Amaral & Gonçalves 2005, p.125-127). O conhecimento do processo de perda e fundamentalmente, a compreensão empática nas emoções vividas pelo doente e seus familiares constituem-se como pilares orientadores da ação do enfermeiro.

É à prática profissional que pertence conferir sentido a toda a formação superior, mobilizando-a nas situações, tal como se vive na realidade quotidiana e tornando acessíveis a compreensão e o domínio dos fenómenos implicados no processo saúde-doença, tanto para os que prestam cuidados como os utilizadores. (...) “*A formação universitária não ganha sentido a não ser que permita reduzir o fosso entre os locais da prática profissional e os locais de reflexão, tornando-os em locais de ação*” (Collière, 2003 p.202). Os enfermeiros têm a responsabilidade de exercer sua perícia profissional ajudando a que, a relação com o doente avance de modo contínuo. O enfermeiro proporciona condições e métodos pelos quais o doente pode converter-se numa pessoa mais produtiva e autónoma. Peplau, (1990) refere que a perícia no desempenho dos diferentes papéis assumidos pelos enfermeiros na

relação interpessoal decorre de uma prática de cuidados de qualidade, para garantir o bem-estar e o conforto, perante uma supervisão que visa a competência.

Foi neste contexto que projetei todo um trabalho de estágio com o propósito específico de desenvolver competências especializadas comuns e específicas, nos domínios aos quais considerava estar em níveis de iniciado e iniciado avançado. Ao implementar o projeto de estágio (Apêndice I) após a sua revisão e adaptação às realidades conhecidas, estava na condição de desenvolver e aplicar conhecimentos, com a finalidade de revelar maior capacidade de compreensão na resolução de problemas em situações novas e não familiares. Em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização pessoa em situação crítica, o que me permitirá demonstrar melhor capacidade para integrar esses conhecimentos, na realização de julgamento/tomada de decisão, de forma a lidar eficazmente com questões complexas. Ao produzir trabalho reflexivo desenvolvi soluções capazes de emitir juízos em situações de informações limitadas ou incompletas, respeitando as implicações e responsabilidades éticas e sociais, que resultem ou condicionem essas soluções e esses juízos.

Pretendi desenvolver a capacidade de comunicar as minhas conclusões, os conhecimentos e os raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas de uma forma clara e sem ambiguidades, (Regulamento do Curso de Mestrado 2013) para isso proponho-me a otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão de forma a desenvolver o auto conhecimento, a assertividade e gerindo repostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional.

Ao passar pelos diferentes contextos pude cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica, assistir o doente e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica, adquirindo estratégias especializadas de forma a gerir a comunicação que fundamenta a relação interpessoal com o doente/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde.

O estágio foi desenvolvido em três contextos diferentes, com características próprias, o que contribuiu para refletir, relacionar e aprofundar conhecimentos teórico práticos sobre comunicação com a família e doente em situação crítica e em fim de vida, tendo em vista o desenvolvimento de competências especializadas. O planeamento foi efetuado tendo em consideração o cronograma em Apêndice II.

Todo o trabalho desenvolvido foi apoiado numa metodologia descritiva, analítica e reflexiva, o que me proporcionou descrever as experiências vividas suportado pela teoria, através de pesquisa bibliográfica e a recorrer às plataformas *EBSCOhost*, tendo privilegiado as bases de dados *CINAHL*, *Medline* e *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, de forma a desenvolver uma prática baseada na evidência. Segundo Benner, (2001, p. 19) “*o bom julgamento clínico requer que as enfermeiras tenham uma visão centrada nos fins inerentes ao seu relacionamento com cada paciente.*” Nesta perspetiva o enfermeiro deve encarar o doente/família no seu global enquanto indivíduo com as suas potencialidades e vulnerabilidades.

3.1- Unidade de Cuidados Paliativos

Escolhi uma unidade de cuidados paliativos (caracterização em Apêndice III), pela continuidade de trabalho com doentes em fim de vida e suas famílias, onde os profissionais desenvolvem atividades profundas e estruturadas de comunicação e trabalho em equipa. Acompanhei a família e o doente em fim de vida tendo como objetivo geral **adquirir estratégias especializadas de comunicação com a família e doente em fim de vida**. Este estágio decorreu no período de 8 de outubro a 30 de novembro. Estagiar em cuidados paliativos foi um desafio ao qual me propus, num serviço em que a comunicação com o doente em fim de vida e sua família é uma ferramenta essencial na prestação de cuidados de excelência, o meu propósito foi desenvolver competências nos domínios de função de ajuda, função de educação e guia. Estabeleci os seguintes objetivos específicos: - Gerir o estabelecimento da relação interpessoal perante o doente em fim de vida e sua família; - Otimizar o processo de cuidados ao doente em fim de vida ao nível da tomada de decisão; -

Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção do doente em fim de vida e sua família; - Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação interpessoal com o doente em fim de vida e sua família.

Como consequência da condição saúde/doença os doentes podem ser referenciados para cuidados paliativos, estes definem-se como:

“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais. Os Cuidados Paliativos são cuidados intensivos de conforto.” (PNCP, 2010)

Poderei salientar que o processo de decisão de fim de vida (Apêndice IV) é interativo e cíclico baseando-se na avaliação, divulgação e construção de consenso com o doente e/ou sua família (NSW Government, 2005). Este processo pode ocorrer num curto espaço de tempo quando há uma detioração rápida de saúde ou pode estender-se por semanas e/ou meses. Nesta perspetiva o alívio psicológico do sofrimento, apoio espiritual e religioso, o encaminhamento e esclarecimento de questões não resolvidas são assuntos pertinentes e que precisam ser discutidos e incluídos como cuidados ao doente em situação crítica e em fim de vida (NSW Government, 2005). O que nos encaminha para três princípios éticos fundamentais:

- ❖ **Autonomia**, a liberdade da pessoa fazer escolha racional e livre de controlo externo, relativamente ao que o afeta na vida
- ❖ **Beneficência**, que pressupõe o equilíbrio dos incómodos e dos benefícios, atender a pessoa da melhor maneira, tendo em vista a melhoria do seu estado da forma que se considera mais adequada;
- ❖ **Não-maleficência**, a prevenção e a remoção de situações prejudiciais, é um dever/obrigação que se deve cumprir, a menos que esta entre em conflito com outro dever igual ou maior, as ações podem resultar em dois efeitos um bom e desejado o outro mau mas tolerado com vista aos padrões de

qualidade dos cuidados de enfermagem. (Nunes, Amaral & Gonçalves 2005. p. 321)

Foi notória alguma apreensão da parte da equipa de enfermagem do serviço de cuidados paliativos em relação à minha presença, pois estaria um pouco deslocado da minha realidade profissional que são os cuidados intensivos. Depois de explicar os meus objetivos tive consenso de toda a equipa, estava no sítio certo para desenvolver o meu trabalho. Desde o seu início tive todo o apoio e foi-me disponibilizado todo o material necessário.

Missão do Serviço

A UCP é um serviço de internamento com espaço físico preparado para dar acompanhamento, tratamento e supervisão a doentes em situação clínica complexa, associada a sofrimento decorrente de doença severa avançada, incurável e progressiva. Tem como missão “ *garantir o apoio global à pessoa internada e à sua família de uma forma personalizada, através de uma abordagem global, integral e interdisciplinar especializada.*” (Marques & Videira, 2006)

Conceção de Cuidados de enfermagem:

Os cuidados de enfermagem na UCP seguem o modelo do programa nacional de cuidados paliativos, de acordo com os enunciados descritos na Ordem dos Enfermeiros e apoiados nas *guidelines* internacionais para cuidados paliativos. Todos os cuidados de enfermagem são centrados na pessoa e sua família, tendo como base “ *o respeito do valor intrínseco de cada pessoa doente, como ser único e autónomo, com necessidades globais e específicas mostrando disponibilidade e atenção aos detalhes.*” (Moreira & Marques, 2006)

As equipas de enfermagem constituídas por 6 a 7 elementos asseguram um rácio 1:6 enfermeiro/doente nas 24 horas/dia de forma a proporcionar uma abordagem de cuidados personalizada. A atribuição dos doentes obedece aos critérios de avaliação do grau de dependência e à experiência profissional dos enfermeiros em que 50% possuem grau académico de mestrado ou pós-graduação em cuidados paliativos e

os restantes 50% possuem curso básico de cuidados paliativos. Prestam-se cuidados de enfermagem gerais e específicos com os seguintes objetivos:

- *Prevenir crises; Minimizar o sofrimento do cliente e família; Promover o máximo conforto e qualidade de vida possível; Proporcionar um fim de vida digno; Proporcionar suporte ao cliente / família, com o intuito de tornar o momento da fase agónica o menos destrutivo possível.* (Moreira & Marques, 2006)

3.1.1- Objetivos / Atividades / Resultados

Optar por realizar um estágio em cuidados paliativos foi uma experiência enriquecedora, tive oportunidade de trabalhar com o doente em fim de vida e sua família, em diversas etapas da sua doença, partilhei momentos dignificantes da pessoa. Comecei por conhecer todo o serviço e sua dinâmica, conforme descrito na caracterização do serviço (Apêndice III) o que foi facilitador para compreender e integrar-me numa equipa com funcionamento próprio em que a enfermagem tem o seu papel bem vincado na prestação de cuidados. A comunicação é um processo fundamental nos cuidados ao doente e família, inicia-se quando o doente é referenciado e permanece ao longo do internamento até à sua saída. O processo de comunicação evita informações contraditórias ajuda no planeamento do tratamento o que contribui para uma boa articulação nos cuidados de todos os elementos da equipa multidisciplinar.

A interação existente entre os membros da equipa de saúde reflete-se no conforto, no bem-estar e sobre os aspetos relevantes da condição clínica dos doentes, com o propósito de promover uma boa relação interpessoal, interação essa da qual tive oportunidade de fazer parte. Diariamente no início do turno as ocorrências mais relevantes são discutidas numa primeira fase em passagem de turno de enfermagem e posteriormente com a médica de serviço onde são delineados planos de atuação e ajustes de terapêutica.

Os cuidados de enfermagem iniciam-se com uma passagem pelos quartos, distribuídos previamente pela enfermeira coordenadora, tendo em conta as competências do enfermeiro responsável e o grau de necessidades dos doentes. São avaliadas as condições clínicas, pelo que o atendimento imediato é atribuído aos doentes que se encontram com necessidades mais urgentes. São mantidos cuidados de conforto e bem-estar ao doente e família durante as 24 horas com levantes para o cadeirão e/ou alternância de decúbitos dependendo do seu grau de autonomia. A presença dos familiares é constante e permitida a sua participação na prestação de cuidados, havendo uma interação entre doente/família/enfermeiro.

A excelência dos cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida exige o conhecimento do seu percurso de vida: conhecer as suas preocupações, desejos e necessidades do momento, perceber a sua família e qual a sua relação, identificar o seu principal cuidador. Este conhecimento facilitou-me em todo o processo de comunicação. **Gerir o estabelecimento da relação interpessoal perante o doente em fim de vida e sua família** foi um dos objetivos que atingi ao prestar cuidados especializados ao doente e família e acompanhar todo o processo de referenciação em cuidados paliativos. Seguindo o pensamento de Peplau, (1990, p.11) o processo de cuidar inicia-se com o estabelecimento de uma relação interpessoal, com funções educativas e terapêuticas de forma a proporcionar o bem-estar físico, emocional e social da pessoa. Ao prestar cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida selecionei e utilizei de forma adequada habilidades e técnicas facilitadoras na relação interpessoal, assumindo o papel de professor/ensino consegui estabelecer relação interpessoal ao aplicar estratégias de comunicação verbal e não-verbal na educação e suporte ao doente e família.

Ao recorrer à linguagem corporal demonstrei empatia e confiança, utilizei o silêncio e escuta ativa em momentos oportunos, de forma a permitir uma partilha de sentimentos ao doente e família, incentivei a autonomia. Apliquei escalas para avaliação do bem-estar físico e psicológico do doente e família, como:

- ❖ Escala ESAS aplicada de 3 em 3 dias para avaliação de nove sintomas (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e

falta de ar), permite como opção incluir mais um sinal ou sintoma que o doente queira valorizar; (a preencher pelo doente)

- ❖ Escala ZARIT aplicada á entrada do doente para avaliar o grau de exaustão do cuidador; (a preencher pelo principal cuidador)
- ❖ Escala Karnofsky para avaliar o nível funcional e as necessidades de cuidados dos doentes, aplicada no turno da tarde;
- ❖ Escala de BRADEN avalia o risco dos doentes desenvolverem úlceras de pressão;
- ❖ Escala de Morse que avalia o risco de quedas;
- ❖ Escala de Barthel avalia o grau de dependência do doente.

Ao proporcionar momentos de diversão, estes foram facilitadores para passar de um papel de estranho para um papel de substituto e assessor como descrito por Peplau (1990, p.50). Ao identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar, aperfeiçoei meus conhecimentos e habilidades em medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor, desenvolvi conhecimentos eficazes sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pelo doente.

As reuniões interdisciplinares realizadas uma vez por semana, com todos os elementos da equipa multidisciplinar têm como objetivo traçar planos de atuação mais específicos para cada doente, compete aos enfermeiros propor quais os doentes que mais precisam de apoio, tive a oportunidade de participar e observar toda a interação da equipa o que proporcionou linhas orientadoras para o futuro.

As conferências familiares são a forma de colocar doentes e familiares ao corrente da sua situação clínica e tomada de decisão, são discutidas atitudes de tratamento, comunicação de más-notícias e é um espaço privilegiado para o esclarecimento de dúvidas. Nestas conferências estão implícitos os princípios de beneficência e não-maleficência. Todas as decisões são guiadas pelos princípios éticos fundamentais no contexto dos cuidados de saúde, no respeito pelos direitos humanos, com enquadramento jurídico, de forma a promover o exercício profissional de excelência.

Particpei nestas reuniões de perto garantindo a confidencialidade e a segurança da informação, de forma a promover o respeito e privacidade do doente, foi um enorme contributo na avaliação da tomada de decisão, no aconselhamento e reformulação da situação clínica do doente e família.

Ao proporcionar um ambiente calmo e acolhedor ao doente e sua família, onde toda a informação é transmitida de forma calma e esclarecedora permitiu a excelência para **otimizar o processo de cuidados ao doente em fim de vida ao nível da tomada de decisão**, o fato de a maioria dos doentes estarem em quartos individuais foi facilitador para a realização deste objetivo. Tive oportunidade de intervir junto do doente e sua família, ao observar e apoiar na transmissão de más-notícias, esclareci dúvidas quando solicitado, respeitei a pessoa doente na sua vontade e desejos. No contexto específico dos cuidados paliativos, entre os elementos da equipa interdisciplinar, utiliza-se uma linguagem específica segundo Barbosa & Neto (2006), para facilitar e abreviar o processo de comunicação entre os técnicos, como:

- *“apanhar as canas”* ou reformulação; – ter uma conversa com o doente em que se dá uma determinada notícia e mais tarde outro elemento da equipa vai confirmar o que foi aprendido.
- *“dedos cruzados”* ou elucidação; – dizer que a situação é grave não retirando a esperança de algum alívio, tendo por base expectativas realistas (Ex: A doença que tem não tem cura, mas podemos aliviar os sintomas, oxalá o tratamento resulte.)
- *“tiros de aviso ou pé na porta”* ou conselho e a informação; – lançar avisos que o pior pode acontecer, começar a avisar que vêm más notícias sem as dar na totalidade (Ex: As análises revelam valores alterados são indicadores que algo está mal, vamos confirmar com a realização de outros exames)

Ao determinar estratégias facilitadoras na resolução de problemas, em parceria com o doente, de forma a desenvolver a sua autonomia, aplicando um juízo baseado no conhecimento e fundamentado na evidência e experiência profissional, permitiu-me participar na construção da tomada de decisão, dando as respostas apropriadas. Acompanhei situações de morte iminente, contribui para a prestação de cuidados de

enfermagem a estes doentes, gerindo as emoções vividas pelo doente em fim de vida e seus familiares. Vivenciei experiências de dignificação da morte, proporcionar a presença da família junto do doente, no acompanhamento das últimas horas de vida, ao mesmo tempo que era garantido o conforto (alívio da dor e sintomas da doença), situação da qual efetuei um trabalho reflexivo (Apêndice V) contribuiu para uma perceção mais apurada de mim como indivíduo e profissional o que acrescentou em mim um olhar mais global de enfermagem.

Adaptei a comunicação à complexidade do estado de saúde/doença, envolvendo a família e outros no sentido de assegurar as necessidades culturais e espirituais do doente. Participei na administração de terapêutica para alívio de sintomas e manutenção do conforto, estas atividades ajudaram-me a atingir o objetivo de **promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção do doente em fim de vida e sua família**. Tal como Peplau, (1999, p.10-11) referiu a enfermagem é uma relação humana, entre um indivíduo que está doente a precisar de ajuda e um enfermeiro com formação especializada, este deve proporcionar as condições necessárias que facilitam o movimento da personalidade e outros processos humanos na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva e pessoal.

Ao atravessar uma fase difícil de vida, doente e família, procuram na equipa de saúde o apoio necessário para satisfazer as suas necessidades de forma a obter recursos na manutenção da esperança. Ao elaborar trabalho reflexivo e estudos de caso (Apêndices VI, VII e VIII) garantiu-me uma aprendizagem em como **gerir a comunicação especializada que fundamenta a relação interpessoal com o doente em fim de vida e sua família**. Capacitei-me na minha função de ajuda a promover o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos. Mantendo um processo afetivo de cuidados quando confrontado com valores diferentes, procurei educar e guiar a família/doente, assegurando necessidades culturais e espirituais não satisfeitas, demonstrando compreensão e conhecimento especializado. Peplau não é específica na abordagem do doente em fim de vida, mas identifica sentimentos de dúvida, tensão, bloqueio e

vacilação geradores de conflito. Segundo a autora devemos estabelecer prioridades dando respostas aos sentimentos mais dominantes que só depois de normalizadas permite-nos agir em relação ao sentimento seguinte (Peplau, 1999, p.85-86). Aprofundei estratégias especializadas facilitadoras na transmissão de informação à pessoa com barreiras à comunicação ao adaptá-las à complexidade do estado de saúde do doente permitiu-me reconhecer as transações na relação interpessoal.

Resultados

Ao concluir este percurso em cuidados paliativos sinto ter obtido ganhos pessoais no desenvolvimento de competências comuns e específicas que me permitiram cumprir os objetivos inicialmente traçados. Foi uma experiência marcante fora da minha área de conforto na qual investi e me consagrou instrumentos de intervenção e linhas orientadoras em comunicação especializada que serviram para colocar em prática nos estágios seguintes. Envolveu dimensões de educação, orientação e aconselhamento do doente em fim de vida e sua família que me permitiram *“aplicar técnicas e habilidades de comunicação em diferentes contextos de interação, cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica”*. (DRP. 2011b)

Estive integrado numa equipa multidisciplinar em que a componente relacional é marcante e a comunicação com o doente e família é uma preocupação fundamental no trabalho em equipa, ofereceu-me uma maturidade mais vincada para alcançar a perícia na minha prestação diária a *“promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação com a equipa multiprofissional”*. (DRP. 2011a)

Este percurso funcionou como catalisador no processo de construção deste relatório, especificamente foi uma vantagem enriquecedora, sendo o doente em fim de vida e sua família o alvo do cuidar, tenho a noção que melhorei a minha capacidade de observação, educação e guia, sinto-me mais confiante ao *criar e*

manter um ambiente terapêutico e seguro, baseio a minha praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, ao desenvolver o autoconhecimento e a assertividade (DRP. 2011a)

3.2- Unidade de Cuidados Intensivos Neuro-Críticos

Escolhi uma Unidade de Cuidados Intensivos Neuro-Críticos, porque comunicar com o doente em coma e sua família é um desafio que exige conhecimentos avançados, treino e perícia para uma comunicação eficaz. Foram-me proporcionados momentos de prestação de cuidados à pessoa em situação neuro-crítica e acompanhamento das suas famílias em todas as fases da doença com o objetivo geral **prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente em situação crítica em fim de vida e sua família aplicando estratégias de comunicação eficazes**. Este estágio decorreu no período de 03 de dezembro/12 a 30 de janeiro/13. Atravessar este percurso na UCI Neuro-críticos foi enriquecedor para o desenvolvimento do meu projeto permitiu-me aplicar estratégias especializadas de comunicação e desenvolver competências especializadas com a pessoa em situação neuro-crítica e sua família, ao vivenciar situações de alta complexidade clínica. Para operacionalizar este contexto estabeleci os seguintes objetivos específicos: - fazer a gestão diferenciada do bem-estar do doente em situação crítica e/ou falência orgânica e família otimizando as respostas: - assistir o doente e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica: - gerir o estabelecimento da relação interpessoal perante o doente/família em situação crítica e/ou falência orgânica.

Missão do serviço

A UCINC é uma unidade de nível 3 (polivalente) segundo classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva (Natário et al, 2003), tem como missão acolher doentes em situação crítica do foro neurocirúrgico e neuro-traumatológico, com o objetivo de suporte e recuperação das funções vitais de modo a criar

condições para tratar e/ou reabilitar o doente de forma a proporcionar-lhe uma vida de qualidade.

É um espaço autónomo, com estrutura própria e individualizada, tem uma capacidade física para 10 camas, distribuídas por cinco salas cada uma com duas unidades individuais preparadas para receber o doente neuro-crítico na fase aguda da sua doença. A sua população alvo são todas as pessoas que fazem parte da área do centro hospitalar e de outras áreas que necessitem de tratamento neurocirúrgico específico e que se pratique no Hospital, com idade superior a 16 anos, as patologias mais comuns são:

- Neuro-trauma: acidentes de viação ou de trabalho por quedas com traumatismo craniano
- Neurocirúrgico: hematomas epidurais e intracerebrais, edemas cerebrais, concussões e contusões hemorrágicas, hemorragias subaracnoídeas, aneurismas, malformações arteriovenosas, hidrocefalia, neoplasias cerebrais primárias ou metástases, hérnias cervicais ou da coluna dorsal ou lombar

Conceção de Cuidados de enfermagem:

Na UCINC cada enfermeiro fica responsável por dois doentes, por método individual de trabalho, de forma a centralizar toda a informação referente aos seus doentes. Prestam-se cuidados de enfermagem ao doente neuro-crítico, com monitorização permanente de ECG, pressões invasivas (PVC, PIC, LA), temperatura, oximetria de pulso, parâmetros de ventilação invasiva e possibilidade de realização técnica dialítica continua caso necessário.

A passagem de turno é realizada à cabeceira do doente, são comunicadas todas as ocorrências relacionadas com a situação clínica, como história atual, antecedentes pessoais e familiares, alterações de prescrição, estado neurológico, alterações hemodinâmicas e fisiológicas, exames a realizar e já realizados e quais os resultados. O enfermeiro responsável inicia os cuidados com a avaliação do estado neurológico, registos ventilatório e hemodinâmico, confere o ritmo das perfusões e

avalia as condições de segurança dos doentes. Os cuidados prestados são inerentes à estabilização clínica do doente garantindo o bem-estar e o conforto, mantidas medidas de prevenção de infeção e medidas antecipatórias da instabilidade e risco de falência multiorgânica. Durante o internamento a comunicação está presente no trabalho em equipa e ao estabelecer relação interpessoal com o doente e família.

A gestão das visitas é da competência do enfermeiro num horário das 15 às 20 horas, uma visita de cada vez até duas. Fica à consideração do enfermeiro a entrada de outros familiares ou pessoas significativas para o doente, é durante este período em que médico e enfermeiro se disponibilizam para comunicar com a família. O acolhimento à família na UCINC é feito pelo enfermeiro responsável pelo doente, durante o qual, dá a conhecer o funcionamento, a dinâmica do serviço e identifica o familiar de referência que receberá toda a informação sobre o estado clínico do doente e será o elo de ligação entre o serviço e família. O serviço dispõe de uma sala utilizada para a comunicação de diagnósticos, resultados de exames e de más notícias aos familiares, com presença de médico e enfermeiro.

À enfermagem compete ainda assistir a família nas perturbações emocionais, de forma a gerir a comunicação e adaptando-a à complexidade do estado clínico do doente, no esclarecimento de dúvidas, a desmistificar conceitos, na dignificação da morte e processos de luto, poderá ainda proceder ao encaminhamento para outros técnicos caso a família o solicite tais como psicólogo ou assistente social. Seguindo o pensamento de Peplau (1990) o doente/família tem que aprender a lidar com os enfermeiros para conseguir o seu bem-estar e satisfação das suas necessidades, deve manifestar sentimentos de desamparo, impotência e incapacidade de atuar por si mesmo, o enfermeiro por seu lado ao identificar estes sentimentos atua de forma a restabelecer a confiança e autonomia do doente

3.2.1- Objetivos / Atividades / Resultados

A especificidade da UCI neuro-críticos e sua dinâmica, conforme descrito na caracterização do serviço (Apêndice IX) proporcionou-me o contato com o doente crítico em vários níveis de consciência, em coma por indução através de sedação e analgesia ou de forma patológica dependendo do diagnóstico clínico o que me proporcionou **fazer a gestão diferenciada do bem-estar do doente em situação crítica e/ou falência orgânica e família otimizando as respostas**. A minha experiência profissional foi um pressuposto facilitador no domínio da gestão de cuidados, monitorização, vigilância e garantir segurança é algo que faz parte da minha prática diária pelo que pude melhorar esta prática, seguindo linhas orientadoras do serviço e na utilização das várias técnicas de alta complexidade tais como monitorização PIC e drenagens ventriculares, nas quais estava menos familiarizado. Utilizei os registos, efetuados em folha própria do serviço, onde é registado toda a evolução clínica do doente e notas do turno, apliquei diversas escalas para complemento de avaliação clínica e enfermagem;

- ❖ A escala de coma de Glasgow para avaliação neurológica; A escala numérica da dor para doentes conscientes; A escala comportamental da dor (Behavioral Pain Scale) para doentes inconscientes e ventilados; A escala de Braden para avaliação do risco dos doentes desenvolverem úlceras de pressão; A escala TISS que avalia a sobrecarga de trabalho do enfermeiro

Otimizei a minha resposta a focos de instabilidade dando uma resposta pronta e antecipatória ao encaminhar para o médico situações que poderiam induzir desconforto ao doente, como sinais de dor, intolerância alimentar, agitação psicomotora, dando especial atenção à gestão de medidas farmacológicas proporcionando uma resposta eficaz e apropriada a estas complicações. Acompanhei o transporte do doente neuro-crítico na realização de exames de diagnóstico e controlo, TAC e RM colaborando com a equipa na adequação dos recursos e necessidades de cuidados inerentes a estas situações.

Utilizei de forma adequada habilidades especializadas de relação de ajuda ao doente e família, empenhei-me e realizei conferências familiares o que permitiu intervir como perito na informação para o processo de cuidar, na comunicação dos diagnósticos, na variedade de soluções a prescrever e na avaliação do processo de cuidar. Consegui aplicar técnicas facilitadoras de comunicação de linguagem verbal e não-verbal utilizando estratégias especializadas aprendidas no estágio de paliativos. Tal como Peplau (1990) descreve, no doente/família um mal-estar inexplicável (febre e cefaleias), pode traduzir-se como ansiedade, associada a sentimento de culpa, dúvidas, medos e obsessões, sobre o seu percurso de reabilitação. Deparamo-nos com um conflito que pode ser destrutivo ou construtivo de acordo com a perceção e compreensão de todas as partes implicadas na situação.

Dediquei grande parte do tempo de estágio à família do doente neuro-crítico a minha intervenção conduziu-me a uma relação de ajuda intensa. Empenhei-me na identificação das suas necessidades emocionais o que me permitiu construir uma relação de confiança, a família encontrou em mim uma referência à qual poderia recorrer. Trabalhei a família adaptando a comunicação à complexidade do estado clínico do doente em situação crítica e/ou falência orgânica ao mesmo tempo que contribuía para o alívio da ansiedade e angústia o que me permitiu alcançar o objetivo de **assistir o doente e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica**. A complexidade dos cuidados prestados, permitiu-me desenvolver trabalho especializado no domínio da função de ajuda com a intenção de proporcionar conforto, garantindo a continuidade e o ajuste na administração terapêutica com vista à melhoria da condição clínica do doente. Toda a intervenção foi registada de forma reflexiva com a realização de trabalhos o que me permitiu justificar algumas das vivências (Apêndices X e XI). Tal como Peplau, (1990, p.239) orienta, no processo de comunicação utilizado para o entendimento enfermeiro-doente, registam-se narrativas integrais dos problemas dos doentes, para se poder avaliar com precisão os seus sentimentos e assim obter resultados positivos.

Neste percurso assisti a uma sessão clínica subordinada ao tema “cuidados em fim de vida” que teve como oradora a médica diretora do serviço de paliativos do estágio anterior. A razão que me levou a estar presente nesta sessão, foi uma necessidade sentida na afirmação de conceitos e no colmatar da falta de formação na área o que me permitiu e habilitou a aplicar as estratégias de comunicação com maior qualidade e eficácia gerindo a ansiedade e o medo vividos pelo doente/família em situação crítica e fim de vida, tendo em consideração o processo de tomada de decisão ética, os princípios, valores e normas deontológicas. Desempenhei um papel de consultor junto da família, recolhendo os contributos necessários para a satisfação das suas necessidades analisando com perícia as tomadas de decisão.

O processo de relação interpessoal com o doente/família em situação crítica e fim de vida foi dinamizado reconhecendo o impacto da transição da condição de doença/morte, na gestão da ansiedade e medo vividos, utilizei habilidades de comunicação no conforto e no apoio emocional da família perante o doente em morte cerebral, na tomada de decisão e na gestão da complexidade de procedimentos que visão a manutenção do potencial dador de órgãos foi um enorme contributo na aplicação de conhecimentos e habilidades interpessoais facilitadoras da dignificação da morte e dos processos de luto, mantendo um processo efetivo e eficaz de cuidados.

Acompanhei famílias vulneráveis do doente em coma/sedado, identifiquei focos de instabilidade tendo respondido pronta e antecipadamente ao utilizar de forma adequada habilidades de comunicação e de relação de ajuda esclarecendo sobre os diferentes momentos de alteração de consciência. Monitorizei e registei estas ações, com a elaboração de uma narrativa de enfermagem (Apêndice XI), foi facilitador para atingir o objetivo proposto **gerir o estabelecimento da relação interpessoal perante o doente/família em situação crítica e/ou falência orgânica**. Seguindo o pensamento de Peplau (1990, p.94) ajudei o doente/família a tomar consciência da situação clínica, permitindo-lhe manifestar os seus sentimentos e prosseguir com suas metas, produzi momentos de aprendizagem mútua de forma a fomentar o desenvolvimento das qualidades e participação na resolução de problemas. Tal

como Peplau (1990, p.146) utilizei a informação oferecendo uma relação interpessoal afetuosa, recetiva e confortável, permitindo ao doente/família, expressar os seus sentimentos e sabendo que eu não desaprovava nem formulava juízos de valor. Reconheci necessidades que me proporcionara referenciar a família para outros prestadores de cuidados de saúde, psicólogos, permitindo-me envolver e colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar.

A boa integração na equipa de enfermagem permitiu-me partilhar conceitos e ensinar a manusear o monitor de técnicas dialíticas contínuas, prática que estava a ser iniciada na UCNC e eu já tinha experiência nesta prática. Foi-me proporcionado a apresentação de uma sessão de sensibilização (Apêndice XII) com o tema “*o doente neuro-crítico em coma/sedado e sua família: porquê e como comunicar*”, na qual houve um momento de reflexão e partilha de ideias, teve uma apreciação satisfatória o que contribuiu para o desenvolvimento de competências em comunicação de conhecimentos (DGES, 2006).

Resultados

Este percurso de estágio permitiu-me desenvolver competências especializadas e capacitou-me para uma compreensão mais intuitiva das situações. A minha experiência profissional permitiu-me investir de forma especial na comunicação com o doente neuro-crítico em diferentes momentos de estado de consciência, apoiado na teoria e numa prática reflexiva que me levou a uma perceção muito fina e apurada das situações mais complexas, “*maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas*” (DRP, 2011a).

Investi na comunicação interpessoal com a família intensamente vulnerável do doente neuro-crítico aplicando as técnicas de comunicação aprendidas e desenvolvidas no estágio de cuidados paliativos, o que me capacitou no ganho de aptidões de perícia e excelência na componente técnica e relação interpessoal, “*desenvolvi uma prática profissional e ética no meu campo de intervenção e cuidar*

da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e ou falência orgânica” (DRP, 2011b).

Tenho a noção que me tornei mais competente, no meu contributo pessoal, numa prestação de cuidados mais eficazes, o que me fortaleceu para um olhar global ao doente em situação crítica e sua família de forma a “*adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade de cuidados*” (DRP, 2011a).

3.3- Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

Escolhi a Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos, local onde habitualmente desempenho funções como enfermeiro graduado, por me aperceber em conversas informais, que os meus pares manifestaram interesse e partilham das mesmas dificuldades na comunicação com a família e o doente em situação crítica e em fim de vida. Na UCIC pude partilhar o conhecimento e as vivências dos estágios anteriores, preconizei o objetivo de **contribuir para a capacitação da equipa de enfermagem na área da comunicação**. Este estágio decorreu no período de 04 a 15 de fevereiro, tornou-se oportuno para confirmar as competências adquiridas nos campos de estágio anteriores e proporcionar momentos de partilha e reflexão conjunta com os meus pares com objetivos específicos de aplicar os conhecimentos e competências adquiridas nos estágios anteriores, desenvolver competências na área da gestão.

Missão do serviço

A UCIC está integrada no serviço de cardiologia é uma UCI nível II (Apêndice XIII) tem como missão assistir a pessoa em situação crítica com doença cardíaca tendo por base a humanização e a qualidade dos cuidados. Pretende assim aliar, a eficácia dos cuidados, os conceitos conforto e bem-estar, com vista aos padrões de qualidade. É constituída por 10 unidades individuais do doente, distribuídas por duas salas de 4 e 6 camas respetivamente em *open space* podendo na sala de 4 camas a

adaptação para dois isolamentos. Tem ligação com a enfermaria de cardiologia o que torna um serviço único no mesmo piso. O doente com patologia do foro cardíaco ao ser internado tem habitualmente uma ou mais funções vitais em risco, sendo necessário, a cada momento, prevenir e/ou despistar complicações e limitar incapacidades.

Conceção de Cuidados de enfermagem:

Na UCIC os cuidados de enfermagem a prestar são contínuos e sistemáticos ao longo das vinte e quatro horas em serviço de *roulement*, os enfermeiros assumem a responsabilidade de participar ativamente na promoção da saúde através de uma intervenção efetiva no domínio da capacitação e desenvolvimento de competências individuais e continua-las sempre que possível para além do internamento através de consultas de *follow-up* à pessoa portadora de *pace-maker* e sessões de educação para a saúde à pessoa com doença cardíaca.

O chefe de equipa de enfermagem é o responsável pela distribuição dos restantes elementos da equipa num rácio de 1:2 ou 1:3 aos doentes internados. A passagem de turno é efetuada em duas fases, a primeira em sala própria liderada pelo chefe de equipa que termina o turno, onde são discutidas linhas gerais de tratamento, assuntos pertinentes do serviço e estabelecem-se prioridades. Posteriormente junto ao doente, a passagem de ocorrências é mais detalhada entre enfermeiros responsáveis, por método individual de trabalho, centralizando toda a informação referente aos seus doentes. São transmitidas todas as ocorrências relacionadas com a situação clínica, como historia atual, antecedentes pessoais e familiares, alterações de prescrição, estado neurológico, alterações hemodinâmicas e fisiológicas, exames a realizar e já realizados e quais os resultados.

Prestam-se cuidados de enfermagem ao doente cardíaco, com monitorização permanente de ECG, sempre que a situação o exija pressões invasivas (PVC, BIAO, LA), temperatura, oximetria de pulso, parâmetros de ventilação invasiva e não invasiva, possibilidade de realização técnicas dialíticas. O chefe de equipa é responsável pela coordenação, gestão de recursos humanos e materiais e procede

ao planeamento dos cuidados na ausência da chefe de serviço ou responsável, função que desempenho (Apêndice XIV).

Os cuidados prestados são inerentes à estabilização clínica do doente garantindo o bem-estar e o conforto, antecipando a instabilidade e risco de falência multiorgânica, garantir medidas de prevenção de infeção e estabelecer relação terapêutica com o doente e família. O enfermeiro responsável inicia os cuidados com a avaliação do estado neurológico, registos ventilatório e hemodinâmicos, confere o ritmo das perfusões e avalia as condições de segurança dos doentes. Os registos são efetuados em folha própria do serviço, é registado toda a evolução clínica do doente e notas do turno. São utilizadas diversas escalas para complemento de avaliação clínica e enfermagem:

- ❖ A escala de coma de Glasgow para avaliação neurológica; A escala numérica da dor para doentes conscientes; A escala comportamental da dor (Behavioral Pain Scale) para doentes inconscientes e ventilados; A escala de Braden para avaliação do risco dos doentes desenvolverem úlceras de pressão,

O horário de visitas dos familiares aos doentes é das 12 às 20 horas, um familiar de cada vez. É durante este período que médico e enfermeiro se disponibilizam para comunicar com a família. O acolhimento à família na UCIC é feito pelo enfermeiro responsável pelo doente durante o qual, dá a conhecer o funcionamento, a dinâmica do serviço e identifica o familiar de referência.

3.3.1- Objetivos/Atividades/Resultados

Considerando os pressupostos, no levantamento das necessidades de formação nesta temática, através de conversas informais com os meus pares, encarei este momento como uma oportunidade de valorização pessoal no desenvolvimento de competências de comunicação, realizei ações informativas (Apêndice XV) com o tema “*o doente em situação crítica e sua família: estratégias de comunicação*”, aos

enfermeiros do serviço com alargamento à equipa médica, sobre estratégias de comunicação ao doente crítico em fim de vida e seus familiares.

Aplicar os conhecimentos e competências adquiridas nos estágios anteriores

foi um objetivo que atingi ao envolver toda a equipa de enfermagem na discussão e avaliação do estado da arte no serviço, premiando a comunicação perante o doente e família. Foram momentos em que liderei uma partilha de informação e transmissão de conhecimento, sensibilizei a equipa para procedimentos menos conseguidos, demonstrei como melhorar a gestão de tempo eficaz mostrando uma atitude disciplinada e acolhedora disponibilizando mais tempo com o doente e família e melhorar a comunicação entre a equipa interdisciplinar intervindo com perícia e demonstrar conhecimento especializado. Alertei e sensibilizei a equipa de enfermagem na necessidade de uma comunicação efetiva e eficaz principalmente com o doente em coma/sedado aplicando técnicas de comunicação especializadas valorizando a comunicação não-verbal, a escuta ativa e a empatia.

A apreciação global das sessões foi muito boa conforme ficha de avaliação que seguiu para o centro de formação do hospital. Foram identificadas diversas barreiras na comunicação ao nível da equipa interdisciplinar como, a falta de informação sobre o doente crítico no ato da admissão na UCIC, a falta de um registo de enfermagem contínuo sobre a informação dada aos familiares e qual o familiar de referência, sugeri maior interação com a equipa médica mesmo que as respostas iniciais se revelassem insuficientes, melhorar a prática de registo de informação fornecida à família nas notas de turno e a identificação do familiar de referência. Coloquei como desafio futuro dar continuidade com outras sessões de sensibilização para construção de linhas orientadores e para uma redefinição de estratégias em comunicação com vista à sua eficácia.

Aproveitei este percurso de estágio para observar de forma detalhada os planos, de gestão hospitalar, de gestão de recursos humanos de material e infeção hospitalar, o que me permitiu **desenvolver competências na área da gestão**, aproveitando todo o processo de acreditação ao qual o hospital está submetido e assim observar e

identificar estratégias facilitadoras na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade. Todos os cuidados prestados são objeto de auditorias rigorosas tendo em vista o processo de acreditação pelo CHKS com vista a padrões de qualidade, o que me proporcionou linhas orientadoras para um papel dinamizador no envolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. (DRP, 2011a)

Resultados

Foi minha intenção deixar o meu contributo no local onde habitualmente trabalho, ao partilhar com os meus pares o conhecimento e as competências especializadas adquiridas, utilizando as sessões de sensibilização para evidenciar a problemática estudada em matéria de estratégias de comunicação, foram momentos que proporcionaram *“gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional”* (DRP 2011a).

Apesar de já desempenhar funções de responsável de um serviço de psiquiatria, capacitei-me na área de gestão de cuidados comparando as dinâmicas dos serviços suas diferenças consegui uma linha orientadora de gestão e supervisão de cuidados de qualidade o que me permitiu perspetivar *“como conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria continua da qualidade, desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clinica”* (DR 2011a).

3.4- Avaliação do Percurso de Estágio

Este percurso de estágio foi de encontro aos objetivos definidos no regulamento de mestrado da ESEL no qual está implícito a promoção da qualidade de cuidados, influenciar a mudança nos cuidados de enfermagem e desenvolver uma prática baseada na evidência. Pelo exposto o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem foi de encontro a estes objetivos.

Tendo como alvo do cuidar a família e o doente crítico em fim de vida, ampliei as minhas capacidades e habilidades de comunicação numa relação interpessoal, transpor estes contextos de estágios, foi o trajeto que considerei mais adequado na construção de uma maturidade profissional com vista á perícia na prestação de cuidados. Foi um forte contributo para aprofundamento dos domínios de competências, a responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e nas aprendizagens profissionais. Considero que foi uma experiencia enriquecedora, altamente motivadora, da qual consegui obter ganhos e aptidões especializadas na área da comunicação.

- Como pontos fracos, a falta de tempo e o cansaço físico para poder realizar um trabalho reflexivo mais aprofundado, a falta de oportunidade em frequentar formação específica na área da comunicação;
- Pontos fortes, a experiência profissional que me permitiu ocupar mais com o processo de comunicação pois já possuía capacidades técnicas na pessoa em situação crítica, sair da área de conforto foi uma vantagem valorativa, pois consegui melhorar a minha capacidade de relação de ajuda ao encontrar o doente em fim de vida num contexto diferente, desprovido de toda a tecnologia onde a relação interpessoal e a comunicação são as ferramentas da intervenção terapêutica.

A autorreflexão permitiu-me mais confiança na minha atuação e uma capacidade de julgamento crítico sendo evidenciada junto dos meus pares quando das sessões de sensibilização ao transformarem-se em momentos de reflexão em equipa sendo o seu contributo a identificação de barreiras de comunicação principalmente entre equipa médica e enfermagem e na identificação de estratégias de mudança como implementação de registos e uma abordagem mais próxima aos familiares e adaptação de uma sala para receber visitas e dar informações.

Numa perspetiva global considero um bom estágio em que os objetivos inicialmente previstos foram cumpridos.

3-CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

O processo de comunicação centrado na família e doente em situação crítica e fim de vida com o propósito de elucidar, esclarecer dúvidas, atenuar receios e preocupações, promover o conforto e encorajar a ter um fim de vida mais digno ou uma reabilitação de forma ativa e autónoma foi a temática do meu projeto de estágio.

O nível de formação para um enfermeiro mestre deverá incluir a capacidade de intervenção junto do doente crítico e família num contexto de excelência de cuidados com o alvo de promover uma relação de ajuda, no suporte e alívio emocional ao mesmo tempo que procura satisfazer as necessidades impostas á situação. O contributo facultado pelo referencial teórico de Peplau e Benner, foi um instrumento de intervenção conceptual que me ajudou na prática reflexiva e prosperou a minha compreensão intuitiva das situações clínicas o que me permitiu atuar de modo autónomo e eficaz.

Este percurso de estágio permitiu-me crescer e enriquecer a minha aprendizagem e tal como afirmou Peplau, (1990, p.200) a doença proporcionou-me oportunidades de aprendizagem, desenvolver capacidade de competição pessoal, compromisso, cooperação, validação consensual e amizade.

Melhorei a minha capacidade de informar no processo de cuidar, sobre diagnósticos de enfermagem e sobre uma variedade de soluções eficazes na evolução clínica da pessoa e na compreensão da família, considero que o objetivo principal e pessoal em adquirir estratégias eficazes de comunicação foi alcançado, o que contribuiu para afirmar a minha identidade profissional.

Esta melhoria refletiu-se no meu dia-a-dia, desbloqueei medos e obstáculos geradores de ansiedade ao abordar o doente/família em situação crítica. Aprendi a combater emoções e sentimentos na comunicação de más notícias, perante a

vulnerabilidade do doente /família, no impacto de se confrontarem com uma doença fatídica, demonstro capacidade de desmistificação de informação complexa e no modo de lidar com a incerteza enquanto se conserva a esperança realista.

O contributo que me foi disponibilizado nos diversos campos de estágio contribuiu para o desenvolvimento de competências gerais e específicas especializadas na área da pessoa em situação crítica. Considero-me um competente (Benner, 2001, p.50) nas competências que desenvolvi, pois o tempo não me permite atribuir outra classificação, para graus mais avançados, exige muita prática e disponibilidade profissional no desenvolvimento de competências.

Considero que todo o planeamento foi o mais adequado, havendo um grande contributo nos cuidados paliativos onde tive oportunidade de contactar com o doente em fim de vida e sua família. Vivenciei situações que dignificam a pessoa nos seus últimos momentos de vida, ao valorizar os valores e crenças do doente e a manter uma esperança realista. Penso que esta aprendizagem é um ganho de aptidões para o meu futuro na medida em que as poderei adaptar em situações idênticas em ambiente de cuidados intensivos.

Sair da minha área de conforto e encarar um serviço com métodos de trabalho próprio onde a comunicação é o essencial na prestação de cuidados foi um desafio gratificante onde pude dissipar medos e desenvolver competências na aplicação de estratégias de comunicação, como a elucidação, a reformulação, o *feedback* e conseguir responder a questões que me causavam desconforto. Considero que passar por este campo de estágio foi um aprofundar de conhecimentos proporcionando-me os alicerces para percursos futuros.

Passar por uma unidade de cuidados neuro-críticos foi bastante proveitoso, ao trabalhar com o doente em coma e em diferentes fases de consciência, foi uma oportunidade de prática reflexiva intensa, mantendo uma consciência ética e enobrecer os valores pessoais. É difícil criar um diálogo, quando o recetor não

partilha os seus pensamentos, sentimentos e necessidades por vezes caímos no erro de prestar cuidados a um indivíduo e trata-lo como se fosse um “objeto”. Partilhei momentos de interação em que pude aplicar estratégias de comunicação não-verbal ao mesmo tempo que era correspondido com sinais de compreensão, desenvolvi capacidades e habilidades na função de ajuda e na função de orientação e guia. Tive a oportunidade de trabalhar de forma mais personalizada com duas famílias em sofrimento vulneráveis perante o estado crítico do seu ente querido, consegui responder positivamente às suas necessidades de conforto, informação, proximidade contribuindo para o seu bem-estar e alívio emocional.

Investi na sensibilização dos meus pares na UCIC, para melhorar o processo de comunicação, considero um contributo válido na partilha e reflexão conjunta de vivências, dificuldades e sugestões de intervenção, com vista à continuidade dos cuidados de qualidade e garantir a sua excelência. Identificamos necessidades específicas para uma boa comunicação principalmente no que respeita à interação com os restantes elementos da equipa interdisciplinar. Há um trabalho a desenvolver para atingir patamares de excelência na comunicação entre médicos e enfermeiros do serviço.

Toda a pesquisa bibliográfica serviu para enriquecer o meu autoconhecimento estava consciente das minhas limitações em relação ao tema estudado, apesar de utilizar técnicas de comunicação verbal e não-verbal não o fazia de forma eficaz muitas eram as barreiras por mim colocadas no intuito de me proteger às emoções e envolvimento nas realidades vividas. A prática reflexiva foi um contributo enriquecedor na minha valorização profissional e autoconhecimento.

Sinto-me mais confiante e mais observador, uma maturidade com perfil de perito, futuramente tenho em vista elaborar um documento de registo informático que servirá de guia no acompanhamento dos familiares no processo de comunicação, que será alvo de avaliação pela chefia da UCIC. Não foi iniciado com este projeto

por falta de tempo e pelo serviço não dispor do processo de enfermagem informatizado o que iria aumentar a documentação manuscrita.

Poderia ter alargado o meu estudo à presença dos familiares junto dos doentes em situação crítica perante situações de urgência e emergência quando estas necessitam de procedimentos de reanimação, iria implicar outro tipo de planeamento o que não se adequava nesta fase do processo, será um tema a rever e provavelmente a ser estudado futuramente. Tendo em conta o tempo alargado de visitas na UCIC dinamizei a equipa para um acompanhamento mais perto da família e do doente em situação crítica, para garantir a continuidade da informação e adaptar a comunicação à complexidade do estado de saúde do doente.

Por fim considero ter desenvolvido um bom trabalho e que todo o meu percurso deste Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, foi uma mobilização de conhecimentos dos quais obtive ganhos no desenvolvimento de competências especializadas que me possibilitem desempenhar as minhas funções com vista à excelência e qualidade dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). *De Iniado a Perito*. Coimbra: Quarteto.

Boyle, D. K., Miller, P. A. & Forbes-Thompson, S. A. (2005). Communication and End-of-Life Care in the Intensive Care Unit, Patient, Family, and Clinician Outcomes Kansas City, *Critical Care Nursing*. (Vol. 28) nº 4 302-316.

Consultado em 01-05-2012

<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=41&hid=9&sid=c87f956d-b775-410ea14ea4896c0daa08%40sessionmgr11&bdata=Jmxhbm9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009059393>

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, W. F. & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES- Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias: Aplicação ao Paciente com Câncer: Canadá pp. 1-14

Barbosa, A. & Neto, I. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Nucleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa. Gráfica-Maiadouro. Lisboa

Bushinski, R. L. & Cummings, K. M, (2007): Practices of Effective End-of-Life Communion between Nurses and Patients/Families in Two Care Settings. *Creative Nursing*. N3 9-11. Consultado em 01-05-2012

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=37&hid=9&sid=a3fa9133-a6a7-4c1a-803d-a59f7090f2d9%40sessionmgr4>

Chalifour, J. (1993). *Enseigner la relation d'aide*. Canada. Gaëtan morin éditeur ltée, Editions LAMARRE. ISBN 2-89105-470-9 – 2-85030-186-8

Chalifour, J. (2009): *A Intervenção Terapêutica- Estratégias de Intervenção*. Volume 2. Loures: Lusodidacta

- Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida*: 5ª Tiragem, Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses
- Davidson, J. E. (2009): Family-Centered Care Meeting the Needs of Patients' Families and Helping Families Adapt to Critical Illness. California. *Critical Care Nurse*. 29 (3) 28-34. Consultado em 01-05-2012
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=14&hid=9&sid=c87f956d-b775-410e-a14e-a4896c0daa08%40sessionmgr11&bdata=Jmxhbm9c9cHQYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010305266>
- Diário da República. (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 2ª Série, Nº 35. 18 de Fevereiro. p. 8648-8653
- Diário da República. (2011b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. 2ª Série, Nº 35. 18 de Fevereiro. p. 8656-8657
- Direção-Geral do Ensino Superior (2006). Descritores de Dublin (2º ciclo), Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Consultado em 28/04/2012.
<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objetos/Descritores+Dublin/>
- Direção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde. Portugal. Consultado em 20-11-2012
http://www.hsm.minsaude.pt/contents/pdfs/cuidados_continuados_integrados/Programa%20Nacional%20de%20Cuidados%20Paliativos.pdf
- Efstathiou, N. & Clifford, C. (2011): The critical care nurses' role in End-of-life care: issues and challenges. *British Association of Critical Care Nurses*, v16 n 3, 116-123. Consultado em 01-05-2012
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21481113&pt-br&site=ehost-live>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, (2013). Regulamento Dos Cursos de Mestrado. Lisboa

Fridh, I., Forsberg, A. & Bergbom, I. (2007): Family presence and environmental factors at the time of a patient's death in an ICU. *Acta Anaesthesiol Scand*, 51 395-401. Consultado em 01-05-2012 Doi:10.1111/j.1399-6576.2006.01250.x <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010778884> (=pt-br&site=ehost-live

Frias, C. (2003). *A Aprendizagem do Cuidar e a Morte*: Loures. Lusociencia

Gauthier, D. M., (2008): Challenges and Opportunities: Communication Near the End of Life. *MEDSURG Nursing*. V17 nº 5, 291-296. Consultado em

Jacobowski, N. L., Girard, T. D., Mulder, J. A & Ely, E. W. (2010). Communication in critical Care: Family Rounds in The Intensive Care Unit. *American Journal of Critical Care*. V 19, N. 5. P 421-430 Consultado em 01-05-2012 <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=37&hid=9&sid=a3fa9133-a6a7-4c1a-803d-a59f7090f2d9%40sessionmgr4>

Kearns, I. J. (2007): Communication in ICU. *Nursing Update*. October. 42-43. Consultado em 01-05-2012 <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=9&sid=c87f956d-b775-410ea14ea4896c0daa08%40sessionmgr11&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009696942>

Marques, L. & Videira, S. (2006). FILOSOFIA/MISSÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS (UCP) DO HOSPITAL DA LUZ: Documento não Publicado. Manual do Hospital Residencial, Política nº 1 do Serviço de Enfermagem, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Marques, R. C., Silva, M. J. P. & Maia, F. O. M. (2009): Comunicação entre Profissional de Saúde e Familiares de Pacientes em Terapia Intensiva. Rio de

- Janeiro. *Revista de Enfermagem UERJ*. 17 (1). Consultado em 01-05-2012
<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a17.pdf>
- Martin, B. & Koesel N. (2010): Nurses' Role in Clarifying Goals in the Intensive care Unit. *American Association of Critical Care Nurse*. North Carolina. Vol. 30, nº 3, 64-73. Doi: 10.4037/ccn2010511. Consultado em 01-05-2012
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=14&hid=9&sid=c87f956d-b775-410ea14ea4896c0daa08%40sessionmgr11&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010683719>
- Moreira, C. & Marques, L. (2006). CUIDADOS AO CLIENTE EM FASE AGONICA: Documento não Publicado. Manual do Hospital Residencial, Procedimento nº2 do Serviço de Enfermagem, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- NSW Government, (2005). End-of-life Care and Decision – Making-Guidelines. Ministry of health. Consultado em 01-05-2012
http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2005/pdf/GL2005_057.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Código Deontológico Do Enfermeiro. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro
- Ordem dos Enfermeiros (2010). REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA. Portugal.
- Peplau, H. (1990): *Relaciones Interpersonales en Enfermería: um marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinâmica*. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona

Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda, e validação*: Loures. Lusociência

Reid M., McDowell J. & Hoskins R. (2011): Communicating news of a patient's death to relatives. *British Journal of Nursing*, V20. N 12 p. 737-742
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=37&hid=9&sid=a3fa9133-a6a7-4c1a-803d-a59f7090f2d9%40sessionmgr4>

Riley, J. B. (2000). *Comunicação em Enfermagem*. Loures: Lusociência. 4ª Edição

Saraiva, D. & Martinho, T. (2011). Comunicar com o doente em estado crítico. *Nursing Suplemento Junho 8-14*. Consultado em 22-01-2013
<http://www.informacaoemsaude.com/Cache/binImagens/33-632.pdf>

Shannon, S. E., Long-Sutehall, T. & Coombs, M., (2011): Conversations in end-of-life care: communication tools for critical care practitioners. *British Association of Critical Care Nurses*. V 16 n 3 124-130. Consultado em 01-05-2012
[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21481114\(&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21481114(&site=ehost-live)

Silva, Abel Paiva. (2006). “Enfermagem Avançada”: Um Sentido Para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir*. Porto. V p.11-20

Soares, M. (2007): Cuidando da Família de Pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 19 (4) 481-484. Consultado em 01-05-2012
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2007000400013&lng=pt&nrm=iso

Vanderspank-Wright, B., Fothergill-Bourbonnais, F., Malone-Tucker, S. & Slivar, S. (2011): Learning end-of-life care in ICU: Strategies for nurses new to ICU. *Dynamics. Canadian Association of Critical Care Nurses*. 22 (4), 22-25
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=f6d5a436-b62d-4373-b9b1-4786cf2b7643%40sessionmgr11&vid=2&hid=12>

Pensamento <http://pensamentos.aaldeia.net/pensamentos/adversidade/>

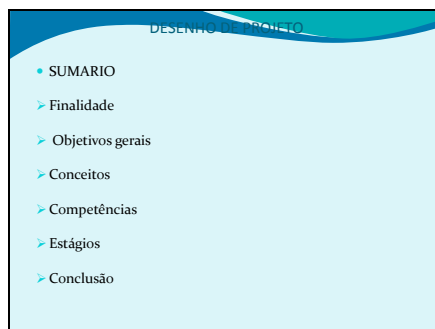
APÊNDICES

Apêndice I- Apresentação em Aula do Desenho de Projeto de Estágio

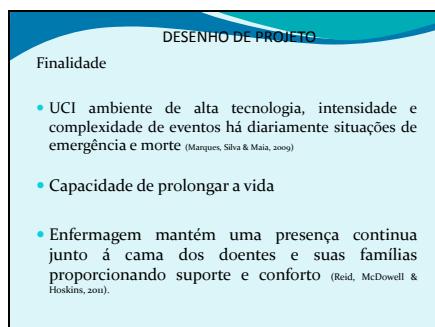
**Diapositi
vo 1**



**Diapositi
vo 2**



**Diapositi
vo 3**



Diapositivo 4

DESENHO DE PROJETO

Finalidade (cont.)


- ❖ A família vive momentos de *stress*, amedrontados perturbações de humor e ansiedade ao acompanhar o internamento (Soares, 2007)
- ❖ Compreensão e mobilização das capacidades das pessoas e suas famílias, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença, procura quais os meios mais adaptados para o conseguir (Collière, 1999, p. 290)

Diapositivo 5

DESENHO DE PROJETO

Finalidade (cont.)

- ❖ Habilidade mais importante que o enfermeiro pode adotar é a comunicação, pode ser verbal ou não verbal (Kearns, 2007).



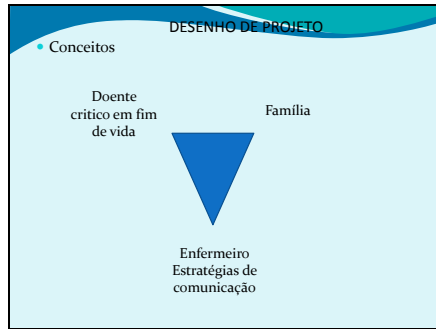
A FAMÍLIA DO DOENTE CRÍTICO EM FIM DE VIDA
ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM ESPECIALIZADA

Diapositivo 6

DESENHO DE PROJETO

- Objetivos Gerais
 - - Adquirir estratégias de comunicação com a família do doente crítico em fim de vida;
 - - Prestar cuidados de enfermagem especializados ao doente crítico em fim de vida e sua família aplicando as estratégias de comunicação adequadas.

Diapositivo vo 7



Diapositivo vo 8

DESENHO DE PROJETO

COMPETÊNCIAS

- ✓ Competências na área de especialização PSC
- ❖ Considerando a complexidade das situações de saúde, as respostas necessárias à pessoa em situação de doença crítica/falência multiorgânica e à sua família, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades múltiplas para responder em tempo útil e de forma holística. (Ordem dos Enfermeiros, 2009)
- ✓ Competências segundo modelo Dreyfus de Patricia Benner
- ❖ A função de ajuda; a função de educação e de guia; a função de diagnóstico, de acompanhamento e monitorização do doente; a tomada a cargo de situações de evolução rápida; a administração e acompanhamento de protocolos terapêuticos; assegurar e acompanhar a qualidade dos cuidados de saúde; as competências em matéria de organização e repartição de tarefas (Benner, 2006, p. 72)

Diapositivo vo 9

DESENHO DE PROJETO

ESTAGIOS

1 Fase- Observação

- S. Paliativos do H. da Luz
- IPO
- Entrevistas com peritos

2 Fase- Trabalho de campo

- Pré hospitalar
- Urgência do Hospital são Francisco Xavier
- UCI Neurocirurgia do H S José
- UCI Coronários do Hospital Fernando Fonseca

Diapositi vo 10

DESENHO DE PROJETO

- Conclusão

O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas de final de vida, assume o dever de respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente, pela família ou pessoas e que lhe sejam próximas. (Nunes, Amaral & Gonçalves 2005, p.123).

Diapositi vo 11

REFERENCIAS

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto

Collière, M. F. (1999). *Promover a Vida: 5ª Tiragem*, Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses

Kearns, I. J. (2007): Communication in ICU. *Nursing Update*. October. 42-43. Consultado em 01-05-2012 <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=8&hid=8&sid=87656d-b725-40ec-4ea4-896c0daa08%4sessionmgr1&hdata=jmvhbmecg-HQYnlmc2loZTlaGozdCis aXZlRdh=s7zh&AN=2006060642>

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros. (Dezembro de 2009). Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE) - Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem- Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista: Caderno Temático, Modelo de Desenvolvimento Profissional. Portugal.

Diapositi vo 12

Referencias (cont.)

Marques, R. C., Silva, M. J. P. & Maia, F. O. M. (2009): Comunicação entre Profissional de Saúde e Familiares de Pacientes em Terapia Intensiva. Rio de Janeiro. Revista de Enfermagem UERJ. 17 (1). Consultado em 01-05-2012
<http://www.facenf.uerj.br/v17n1/v17n1a17.pdf>

Reid M., McDowell J. & Hoskins R. (2011): Communicating news of a patient's death to relatives. *British Journal of Nursing*, V20. N 12 p. 737-742
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=37&hid=9&sid=a3fa0132-a637-4c1a-803d-a50f7090f2d0%4osessionmgr4>

Soares, M. (2007): Cuidando da Família de Pacientes em Situação de Terminalidade Internados na Unidade de Terapia Intensiva. Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 19 (4) 481-484. Consultado em 01-05-2012
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0035-307X2007000400019&lng=pt&nrm=iso

**Diapositi
vo 13**



Apêndice II- Cronograma de Estágio

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

[illegible]

Apêndice III- Caracterização de serviço UCP

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PALIATIVOS

Integrado na Unidade de Cuidados Paliativos e Continuados (UCPC), desde 2006, o Serviço de Paliativos é um serviço de internamento com espaço físico preparado para dar acompanhamento, tratamento e supervisão a doentes em situação clínica complexa, associada a sofrimento decorrente de doença severa avançada, incurável e progressiva.

Tem como missão “ *garantir o apoio global à pessoa internada e à sua família de uma forma personalizada, através de uma abordagem global, integral e interdisciplinar especializada.*” (Marques e Videira, 2006)

Espaço Físico:

A UCPC tem capacidade para 40 camas de internamento distribuídas por quartos individuais ou duplos de acordo com as necessidades, sendo que 14 camas estão atribuídas à Unidade de Cuidados de Paliativos, no entanto e sempre que necessário, este número pode aumentar.

A unidade individual do doente é composta por uma cama articulada automática com possibilidade de baixar o plano a 30 cm e grades para prevenção de quedas, colchão anti escaras (quando necessário), acesso individualizado a TV, rádio e internet. Sempre que o doente se encontre em quarto individual é proporcionado à família a sua presença durante as 24 horas do dia bem como a sua participação nos cuidados.

Dispõe ainda de duas salas de trabalho de enfermagem, gabinete de Coordenação de Enfermagem, sala de tratamentos na qual dão apoio à consulta externa do serviço, sala de atividades lúdicas, sala refeitório para os doentes, duas salas de espera para as visitas, área administrativa, sala de pausa, sala de banho assistido, sala de registos, sala de equipamentos, roupa e consumo clínico.

Recursos Humanos:

A equipa multidisciplinar é constituída por quatro médicos, dois a tempo inteiro e dois em tempo parcial, uma enfermeira Coordenadora, uma enfermeira responsável, na prestação direta de cuidados conta com 17 enfermeiros com

contrato de 40 horas semanais, 16 enfermeiros em prestação de serviços a 20 horas semanais, 22 auxiliares de ação médica e 2 auxiliares de alimentação por turno (manhã e tarde), uma psicóloga, apoio de dietista, apoio de fisioterapeutas, apoio espiritual e religioso, apoio administrativo.

Formação:

A formação e investigação são abordadas na área dos cuidados paliativos, sendo que o curso básico em cuidados paliativos é ministrado a todos os intervenientes que prestam cuidados diretos aos doentes. (Trindade & Aparício, 2006)

No início de cada ano é elaborado um plano de formação para enfermeiros e auxiliares de ação médica de acordo com as necessidades identificadas.

Na equipa de enfermagem 50% dos elementos são possuidores de grau de mestre ou pós graduação em cuidados paliativos.

Faz parte da dinâmica do serviço uma reunião interdisciplinar que se realiza às terças-feiras, para todos os profissionais que integram a equipa de saúde com os objetivos de:

- “ *Fornecer e partilhar informação pertinente sobre os casos problema entre toda a equipa e discuti-los, tendo como objetivo a busca de estratégias de resolução dos mesmos.*
- *Acordar no processo de tomada de decisões sobre intervenção e plano de atuação.*
- *Proporcionar um espaço para partilha de sentimentos e dificuldades relativamente a esses mesmos casos e ao trabalho em equipa “.* (Trindade & Aparício, 2006)

São agendadas conferências familiares de acordo com a disponibilidade de todos os intervenientes, técnicos de saúde, familiares cuidadores, com os objetivos de:

- Clarificar os objetivos dos cuidados;
- Reforçar a resolução de problemas;
- Prestar apoio e aconselhamento.(Marques, Periquito & Videira, 2006)

População alvo:

A referenciação é feita pelo médico assistente do doente à equipa de saúde da Unidade de Cuidados Paliativos, efetuada pelos serviços do próprio hospital ou solicitada por outros organismos hospitalares públicos ou privados.

São admitidos doentes de qualquer idade com necessidade de cuidados paliativos, a precisar de internamento, independentemente da sua patologia de base, com distintos graus de complexidade e em diferentes fases da doença.

Principais grupos:

- Doentes oncológicos;
- Doentes com patologia neurológica degenerativa;
- Doentes com disfunção multiorgânica (cardíaca, respiratória, renal, hepática);
- Doentes com demência avançada;
- Doentes com sequelas de AVC's;
- Doentes com patologia degenerativa progressiva congénita e/ou da infância.

Cuidados de enfermagem:

Os cuidados de enfermagem seguem o modelo de acordo com os enunciados descritos na Ordem dos Enfermeiros e apoiados nas *guidelines* internacionais para cuidados paliativos.

Todos os cuidados de enfermagem são centrados no doente e sua família, tendo como base “ *o respeito do valor intrínseco de cada pessoa doente, como ser único e autónomo, com necessidades globais e específicas mostrando disponibilidade e atenção aos detalhes*”. (Moreira & Marques, 2006)

Seis equipas de enfermagem constituídas por 6 a 7 elementos asseguram os cuidados 24 horas/dia em serviço roulement, sendo que a cada enfermeiro é atribuído um máximo de 6 doentes no turno da manhã, 7 no turno da tarde e 10 no turno da noite. A atribuição dos doentes obedece aos critérios de avaliação do grau de dependência e à experiência profissional dos enfermeiros.

As ocorrências são transmitidas em passagem de turno nas manhãs às 08:00 horas na presença da enfermeira coordenadora e/ou responsável do serviço de 2ª a 6ª feiras, são definidas estratégias de atuação. No turno da tarde às 15:30 horas e da noite às 22:30 horas a transmissão de ocorrências é efetuada de enfermeiro para enfermeiro, chefe de equipa para chefe de equipa de forma a dar continuidade aos cuidados e estratégias definidas.

Prestam-se cuidados de enfermagem gerais e específicos com os seguintes objetivos.

- *Prevenir crises;*
- *Minimizar o sofrimento do cliente e família;*
- *Promover o máximo conforto e qualidade de vida possível;*
- *Proporcionar um fim de vida digno;*
- *Proporcionar suporte ao cliente / família, com o intuito de tornar o momento da fase agónica o menos destrutivo possível.* (Moreira & Marques, 2006)

Os registos de enfermagem são efetuados em base de dados *sorian*, aplicadas várias escalas para avaliação clínica dos doentes, nomeadamente:

Escala ESAS aplicada de 3 em 3 dias para avaliação de nove sintomas (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e falta de ar), permite como opção incluir mais um sinal ou sintoma que o doente queira valorizar; (a preencher pelo doente)

Escala ZARIT aplicada á entrada do doente para avaliar o grau de exaustão do cuidador; (a preencher pelo principal cuidador)

Escala Karnofsky para avaliar o nível funcional e as necessidades de cuidados dos doentes, aplicada no turno da tarde;

Escala de BRADEN avalia o risco dos doentes desenvolverem úlceras de pressão;

Escala de Morse que avalia o risco de quedas;

Escala de Barthel avalia o grau de dependência do doente.

A medicação é fornecida pelos serviços farmacêuticos em dose unitária, o armazém hospitalar é responsável pelo restante material médico e cirúrgico repondo por *stocks*.

CONCLUSÃO

Considero um serviço bem estruturado que recebe doentes com necessidades de cuidados paliativos em diferentes fases da doença, muitos em fim de vida, de serviços internos e de várias unidades hospitalares externas.

Nota-se uma boa articulação da equipa multidisciplinar. A comunicação entre doente/família e equipa de enfermagem é elementar na relação terapêutica, obedece a critérios bem estruturados, o que contribuirá para desenvolver competências especializadas nesta área.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON (ESAS)

1. ÂMBITO:

ORIENTAÇÕES PARA APLICABILIDADE DA ESAS

2. PESSOAL ABRANGIDO:

TODOS OS PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS E CONTINUADOS (UCCP)

3. PONTOS IMPORTANTES:

3.1. Definição e Objetivos

a) A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton foi elaborada com o objetivo de ajudar na avaliação de nove sintomas (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e falta de ar), em doentes no contexto de cuidados paliativos de carácter oncológico (*sendo também possível ser aplicada a doentes não oncológicos, pois também são alvo de existência de sobrecarga de sintomas*), com a possibilidade de poder acrescentar mais sintomas se assim se achar pertinente. Permitindo avaliar a intensidade e frequência de cada um dos respetivos sintomas percecionados pelo doente;

b) Trata-se de uma escala de autoavaliação, em que a intensidade de cada um dos sintomas é avaliada através de uma escala visual analógica, ou escala numérica de "0" a "10", sendo que "0" significa ausência de sintoma e "10" significa a pior gravidade possível do sintoma ou da forma como este é percecionado;

c) Permite evidenciar no contexto do descontrolo sintomático, qual o sintoma predominante e os sintomas mais prevalentes, assim como, uma opção em branco que permite ao doente referir outro tipo de repercussão somática ou psicológica da doença sobre o doente, não evidenciada entre os nove sintomas, e que este possa ter dificuldades em falar;

d) A ESAS fornece a evolução dos sintomas *ao longo do acompanhamento ao doente*, podendo ser realizada uma apresentação gráfica da mesma, permitindo avaliar a eficácia e os resultados da terapêutica e tratamento instituído, assim como a necessidade de revisão dos mesmos;

e) *Por vezes também poderá demonstrar incoerência entre a comunicação verbal, não verbal e o assinalado nos sintomas, sendo um instrumento útil de confrontação.*

f) A utilização da escala de uma forma isolada não permite uma avaliação completa do estado clínico do doente. Devendo-se recorrer à ESAS apenas como uma ferramenta de apoio na avaliação e gestão dos sintomas, não devendo esquecer a importância da avaliação do doente como um todo.

3.2. Critérios de aplicabilidade da ESAS

- **Doentes internados em cuidados paliativos, oncológicos e não oncológicos.**
- Tratando-se de uma escala de autoavaliação, encontra-se preconizado que seja sempre que possível o doente a preencher a ESAS;
- Se o doente apresentar alterações cognitivas que o impossibilitem de preencher com coerência a ESAS, o doente deixa de ter critérios para a sua aplicabilidade;
- Caso o doente tenha algum tipo de incapacidade funcional que o impossibilite de preencher a ESAS autonomamente, este poderá ser auxiliado por um cuidador (família, profissionais de saúde ou outro), não devendo este ter nenhum tipo de juízo crítico sobre a avaliação do doente, **e deve ser registado quem é preencheu a ESAS.**

4. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS ACONTECIMENTOS

4.1. Quando é aplicada a escala

- Deve ser sempre realizada na admissão do doente na unidade, excepto **caso este não apresente** critérios de aplicabilidade.
- Sempre que possível a escala deverá ser aplicada antes de existir qualquer tipo de **intervenção** destinado ao controlo sintomático do doente, para um melhor rigor da avaliação e **fiabilidade**;
- Durante o internamento a escala deve ser aplicada de 3 em 3 dias, preferencialmente no turno da manhã, e sempre que existam grandes alterações clínicas. Podendo-se perguntar pela intensidade dos sintomas nesse momento ou perguntar por uma média das últimas 24 horas;
- Em algumas situações, e se se verificar um processo moroso ou desconfortável para o cliente, poder-se à reduzir o número de sintomas a avaliar.
- **Deverá ser aplicada também o ESAS no momento da alta.**

4.2. Como preencher a escala

- Explicar ao cliente o objetivo da escala e como preenchê-la. Este deve colocar um círculo em redor do número de 0 a 10 que mais se aproxime da intensidade do sintoma a avaliar;
- Caso haja dificuldade na compressão do significado dos sintomas, pode-se recorrer ao auxílio de sinónimos, de forma a não interferir ou manipular o resultado, por ex.:
 - Depressão: triste ou cinzento;
 - Ansiedade: nervosismo ou inquietação;
 - Cansaço: diminuição do nível de energia (sendo diferente de sonolento);
 - Sonolência: vontade constante de dormir ou dormir **durante o período diurno**;
- Bem-Estar: conforto generalizado que corresponde ao estado físico, assim como ao psicológico, social e espiritual. Pode-se fazer a pergunta "Como está?" ou "Como se sente?";
- Fornecer ao cliente uma escala **em suporte de papel (ANEXO I)**;
- Avaliar a necessidade de auxílio para o preenchimento;
- Dar espaço e tempo para o cliente para poder preenche-la;
- **Comentar com o doente os resultados se for pertinente, e questioná-lo se algum sintoma for incongruente com a avaliação do profissional.**
- O enfermeiro deve transcrever a avaliação feita pelo cliente para o processo informático **SOARIAN**;
- Quando o doente não apresenta critérios de aplicabilidade, ou deixa de ter ao longo do internamento, o enfermeiro deverá abrir o processo informático **no local da avaliação da escala, abrir e referir qual o motivo para a não ser aplicada.**

ANEXO I

Por favor faça um círculo em volta do número que melhor descreve a intensidade dos seus sintomas neste preciso momento:

Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem náuseas/ enjoo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de náusea/ enjoo possível
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de depressão possível
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de ansiedade possível
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de sonolência possível
Muito apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sem qualquer apetite possível
Melhor nível de bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior nível de bem-estar possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de falta de ar possível
.....	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Informação obtida por:

Cliente

Prestador de cuidados

Profissional de saúde

ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR- ZARIT REDUZIDA

1. ÂMBITO:

ORIENTAR A EQUIPA ACERCA DA APLICABILIDADE DA ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR -ZARIT REDUZIDA

2. PESSOAL ABRANGIDO:

TODOS OS ENFERMEIROS MÉDICOS E PSÍCOLOGA DA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS

3. PONTOS IMPORTANTES:

3.1. Definição

- É um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador principal em cuidados paliativos e continuados, a qual inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento.
- Trata-se de uma escala de autoavaliação, preenchida pelo cuidador principal, mas que na maior parte das vezes pela natureza sócio - cultural ou pela situação emocional vivenciada, poderá ser orientado e ajudado no seu preenchimento pelos profissionais de saúde - A escala apresenta um constructo multidimensional onde são explorados três dimensões: sobrecarga, autocuidado e perda do papel social ou familiar.
- O instrumento apresenta 7 itens organizados nas 3 dimensões e permite identificar a exaustão familiar em cuidados paliativos e continuados.
- As três dimensões exploradas são: sobre carga (2, 4, 7); autocuidado (1,5); perda do papel social ou familiar (3,6).

- Cada item é pontuado de seguinte forma: 1= quase nunca; 2= às vezes; 3= muitas vezes e 4= quase sempre
- Considera-se que a exaustão familiar está presente se a soma da pontuação for igual ou superior a 17.

A presença de sobrecarga no cuidador principal ajudará aos profissionais a definir e ajustar as intervenções a realizar com o cuidador principal.

3.2. Objetivos

- Dar a conhecer a Escala de Sobrecarga do Cuidador- Zarit reduzida;
- Reforçar a importância da sua utilização;
- Demonstrar a aplicabilidade da Escala de Sobrecarga do Cuidador- Zarit reduzida em cuidados paliativos e continuados.
- Analisar se existe sobrecarga no cuidador principal;

4. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS

- Aplica-se a escala ao cuidador principal de todos os doentes admitidos na unidade, com exceção dos cuidadores de doentes admitidos para convalescença após cirurgia.
- Identificar o cuidador principal
- A escala deve ser preenchida, pelo cuidador principal, no primeiro dia de internamento e no dia da alta clínica.
- A escala deve ser entregue ao cuidador em suporte de papel (ANEXO I), pela psicóloga da equipa, sempre que esta se encontre no serviço, caso não se encontre ao serviço, será o enfermeiro que faz o acolhimento à família, que solicita o seu preenchimento.
- Explicar o objetivo da escala, bem como o modo de preenchimento.
- Informar que é uma escala de autoavaliação mas demonstrar disponibilidade e caso seja necessário ajudar no seu preenchimento.
- Informar que os resultados são confidenciais e que só os profissionais da equipa terão acesso.
- Transcrever os resultados para o processo clínico do doente.
- O profissional de saúde e cuidador principal não devem estar na presença do doente aquando do preenchimento da escala.
- Se o cuidador principal o desejar, devemos informar do significado do resultado.
- Planear estratégias de intervenção adequadas para diminuir a exaustão do cuidador principal conforme a pontuação revelada.

ANEXO I

Escala de sobrecarga do cuidador - ZARIT REDUZIDA

Nome do Doente _____ Cama _____
 Cuidador Principal:
 Nome do Cuidador _____
 Relação/ Grau parentesco _____
 Sexo: Feminino _____ Masculino _____ Idade _____
 Actividade profissional _____ Habilitações literárias _____
 Tempo de prestação de cuidados: (0-11 meses) _____ (12-24 meses) _____ Mais de 24 meses _____
 Cuidados prestados pelo Cuidador Principal: Sim _____ Não _____ Outro Tipo apoio _____

FAÇA UM CÍRCULO NA RESPOSTA QUE MAIS SE APROXIMA DA FORMA COMO SE SENTE REALIVAMENTE AO SEU FAMILIAR

1. Sente que, por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/ doente já não tem tempo suficiente para si mesmo?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

2. Sente-se stressado/ angustiado por ter que cuidar do seu familiar/ doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas? (ex. Cuidar de outros familiares, ter que trabalhar).

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com amigos ou outras elementos da família de uma forma negativa?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

5. Sente que a sua saúde tem sido afectada por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

6. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença o seu familiar/ doente se manifestou?

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter que cuidar do seu familiar/ doente?

Nunca	Quase nunca	As vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

Total _____

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Aparício, M. (2006). REUNIÃO INTERDISCIPLINAR: Documento não Publicado. Manual do Hospital Residencial, Procedimento nº 1 do Serviço de Enfermagem, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal
- Aparício, M. & Figueiredo, S. (2011). ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR – ZARIT REDUZIDA: Documento não Publicado. Manual do Hospital Residencial, Procedimento nº 9 do Serviço de Enfermagem, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal
- Marques, L. & Videira, S. (2006). FILOSOFIA/MISSÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS (UCP) DO HOSPITAL DA LUZ: Documento não Publicado. Manual do Hospital Residencial, Política nº 1 do Serviço de Enfermagem, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal
- Marques, L. & Vieira, M. (2011). ESCALA DE AVALIAÇÃO DE EDMONTON (ESAS): Documento não Publicado. Manual do Hospital Residencial, Procedimento nº 8 do Serviço de Enfermagem, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal
- Marques, L., Periquito, M., & Videira, S. (2006). CONFERENCIA FAMILIAR: Documento não Publicado. Manual do Hospital Residencial, Procedimento nº1 do Serviço de Enfermagem, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal
- Moreira, C. & Marques, L. (2006). CUIDADOS AO CLIENTE EM FASE AGONICA: Documento não Publicado. Manual do Hospital Residencial, Procedimento nº2 do Serviço de Enfermagem, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem): Loures. Lusociência
- Trindade, N & Aparício, M. (2006). PROGRAMA DE FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL RESIDENCIAL: Documento não Publicado. Manual do Hospital Residencial, Política nº 1 do Serviço de Enfermagem, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

Apêndice IV – Processo de Tomada de Decisão de Fim de Vida

O processo de decisão de fim de vida é interativo ou cíclico e baseia-se em avaliação, divulgação e construção de consenso com o doente ou sua família. Este processo pode ocorrer num curto espaço de tempo quando há uma deterioração rápida de saúde ou pode estender-se a meses ou semanas.

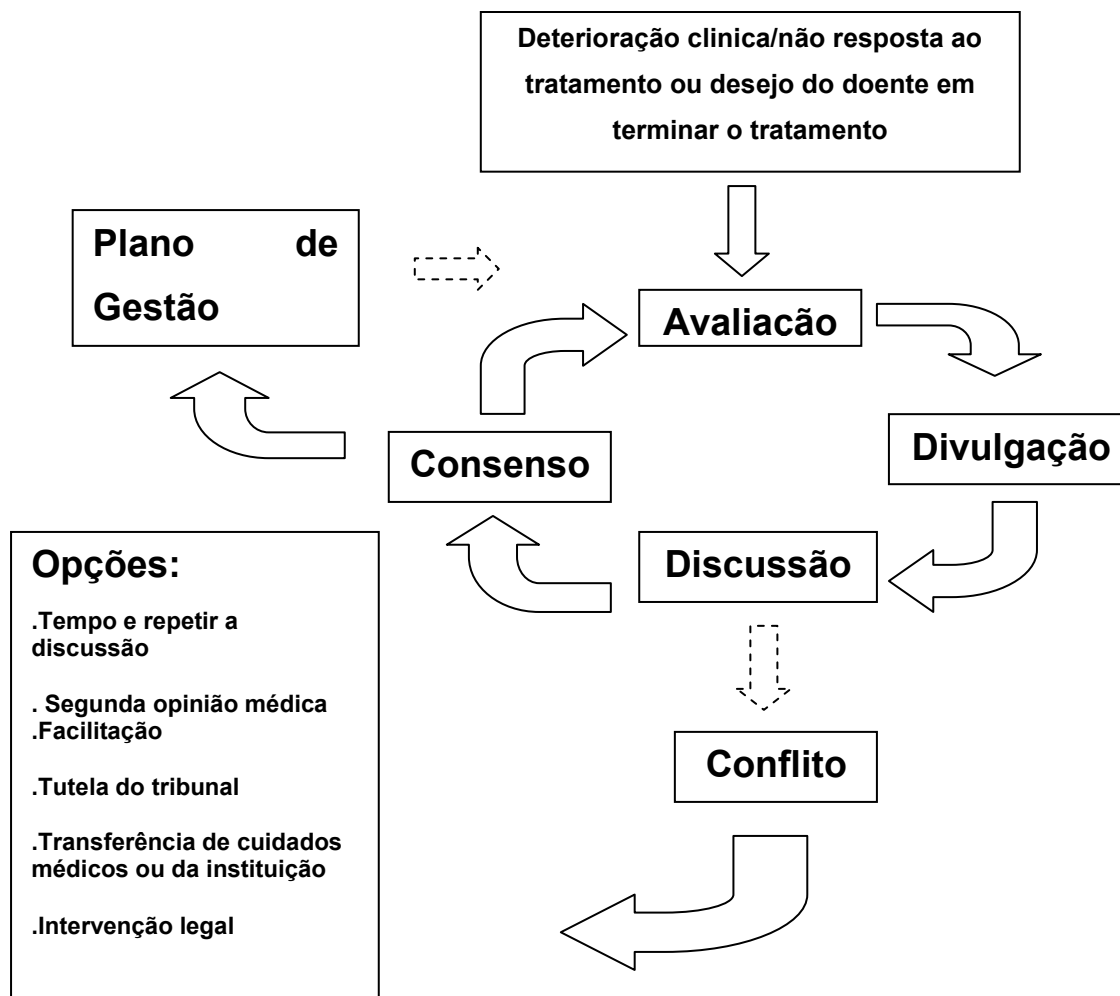


Fig. 1 – Processo de tomada de decisão para fim de vida

Fonte: NSW Government, (2005). End-of-life Care and Decision – Making-Guidelines. Ministry of health. Consultado em 01-05-2012

http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2005/pdf/GL2005_057.pdf

Apêndice IV- Reflexão 1- Estágio Cuidados Paliativos

Descrição da intervenção	O que pensei	O que senti	Comportamental (O que fiz)
<p>LV, 41 anos de idade, empregado de escritório, casado, sem filhos, três irmãos e pais, sendo a esposa a principal cuidadora.</p> <p>Internado na UCP, com diagnóstico médico efetuado em Fev/12 de neoplasia do pulmão. Apresenta metástases bilaterais pulmonares, ósseas ao nível da grelha costal, hepáticas e suprarrenais, em esquema de quimioterapia paliativa.</p> <p>Apresenta-se consciente aparentemente orientado no espaço, tempo e pessoa, comunicativo dentro das suas possibilidades, com momentos de grande ansiedade e inquietação.</p> <p>Dispneia severa com tosse produtiva, polipneia e tiragem intercostal.</p> <p>Palidez acentuada, emagrecido, edemas ao nível dos membros inferiores.</p> <p>Asténico com cansaço extremo. Concorde com a presença dos familiares, com exceção dos pais que desconhecem a gravidade da sua situação a seu pedido</p> <p>De sua vontade o aumento da medicação para alívio de sintomas de</p>	<p>Perante esta situação delicada e observando todos os sinais e sintomas manifestados pelo doente, e o mau prognóstico, o meu pensamento estava orientado para uma situação de fim de vida.</p> <p>O doente permaneceu sempre consciente e todas as medidas foram tomadas a seu pedido</p> <p>Após confirmação do óbito qual seria a reação da família, principalmente da esposa que o tinha acompanhado nas suas últimas horas de vida.</p> <p>Apesar da insistência</p>	<p>Observei uma situação de fim de vida, em que foi garantida uma morte digna e sem sofrimento.</p> <p>A família teve oportunidade de se despedir com dignidade e o doente teve a companhia dos seus familiares presentes nos últimos momentos de vida.</p> <p>Nos seus últimos minutos de vida as visitas foram restritas a duas pessoas o que criou ansiedade nas mesmas e alguma agitação. Por imposição do serviço com conhecimento do doente esposa que concordaram. Foram satisfeitas as necessidades da família à medida que o doente mostrava alívio</p>	<p>Toda a intervenção foi realizada pela enfermeira responsável pelo doente, a minha posição foi de observação.</p> <p>O objetivo da observação em enfermagem, integrada num processo interpessoal, é a identificação, clarificação e a verificação das impressões de forma intuitiva sobre os problemas que afetam a relação enfermeira e doente. Deriva de experiências anteriores e representa uma combinação de sentimentos, ideias e outras evidências a partir de sua experiência (Peplau, 1990 p.203)</p> <p>Administrada medicação segundo prescrição médica de forma a diminuir estado de inquietação, ansiedade e agravamento da dispneia. Para alívio da dor, desconforto, ansiedade e angústia são frequentemente usados opioides e sedativos de forma individualizada e não em doses máximas (Efsthathiou & Clifford, 2011)</p> <p>A comunicação foi constante com a família principalmente com a esposa, principal cuidadora, esclarecidos todos os procedimentos, manteve-se a esperança de não sofrer, mas que o momento da morte estaria próximo (dedos cruzados??) (Barbosa & Neto, 2006, p.358)</p> <p>A vontade do doente foi sempre respeitada e todos os procedimentos foram praticados para aliviar sintomas e garantir o conforto. A sua vontade em relação á presença dos pais a não comunicação da sua situação clinica a estes (conspiração do silencio) foi mantida (Barbosa & Neto, 2006, p.371)</p>

<p>agonia (dispneia, angustia, dor)</p> <p>A esposa acompanhou todas as tomadas de decisão, e foi esclarecida que todas as medidas eram para promover o conforto e diminuir o sofrimento.</p> <p>Teve agravamento clínico acabando por falecer na presença da esposa e familiares diretos primos e tios.</p>	<p>da enfermagem para uma presença dos pais e serem esclarecidos da sua situação em ambiente protegido foi sempre sua vontade não o fazer, a sua vontade foi respeitada</p>	<p>sintomatológico.</p> <p>Considero ter sido uma ação digna e correta</p> <p>A necessidade da despedida a partilha de informação e promessas, deviam ser garantidas atempadamente de forma aliviar a tensão dos familiares. O enfermeiro responsável acompanhou todo o processo no apoio e garantir a calma dos familiares.</p> <p>Ver esposa deitada ao lado do corpo do marido após a sua morte foi algo que me surpreendeu uma imagem de conforto e alívio do sofrimento iniciou o seu luto</p>	<p>Facultada a permanência dos familiares junto do doente, a conferência familiar foi um procedimento que facilitou o processo de comunicação junto da família de forma a proporcionar o conforto físico e emocional no processo de fim de vida (Yeager, et al., 2010)</p>
--	---	---	--

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Efstathiou, N. & Clifford, C. (2011): The critical care nurses's role in End-of-life care: issues and challenges. *British Association of Critical Care Nurses*, v16 n 3, 116-123. Consultado em 01-05-2012
[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21481113\(=pt-br&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21481113(=pt-br&site=ehost-live)

Barbosa, A. & Neto, I. (2006). Manual de Cuidados Paliativos. Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa. Gráfica-Maiadouro. Lisboa

Peplau, H. (1999): Relaciones Interpersonales en Enfermería: um marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinâmica. Masson-Saluat Enfermería. Barcelona

Yeager, S. et all. (2010): Embrace Hope: An End-of-Life Intervention to Support Neurological Critical Care Patients and Their Families. *Critical Care Nurse*. Ohio. V 30 n 1. Consultado em 19-10-2012
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&hid=9&sid=c87f956d-b775-410ea14ea4896c0daa08%40sessionmgr11&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010550879>

Apêndice V- Reflexão 2 - Estágio Cuidados Paliativos

REFLEXÃO 2 – ESTAGIO CUIDADOS PALIATIVOS

O que aconteceu

JM, de 49 anos de idade, arquiteto, casado, um filho de 14 anos, diagnosticado um adenocarcinoma do pulmão estadio IV, com extensa metastização óssea, na calote craniana, ossos ilíacos, hepáticas, reto, cego e ganglionares. Por compromisso medular de D6-D9, D11, D12 e L1, é submetido a laminectomia da coluna dorsal para descompressão do cone medular.

Internado na unidade de cuidados paliativos para otimização terapêutica, recuperação de autonomia e alívio de sintomas, após conferência familiar com a médica assistente teve conhecimento que a sua doença era incurável mas que podia ter um fim de vida sem dor e sofrimento.

Abordei o Sr. JM com a finalidade de confirmar o que foi apreendido com a conferência familiar, se tinha algumas dúvidas, se tinha algumas questões que não foram bem esclarecidas. Encontrei-o deitado na cama com fácies de dor, triste, emagrecido.

O que estou a pensar e a sentir

Apresentei-me, disse que naquele dia iria ser o enfermeiro responsável por ele. Senti-me nervoso e um pouco inseguro, não tinha a certeza se conseguia conduzir esta entrevista de forma segura e assegurar que as dúvidas e questões do Sr. JM seriam satisfeitas. Questões como, quanto tempo me falta de vida? Será que vale lutar? São questões para as quais não estaria seguro das respostas mais adequadas.

Estou habituado a prestar cuidados a doentes em coma, sedados, ventilados, por vezes desorientados, sem oportunidade de exprimirem a sua dor e sofrimento, as suas necessidades e vontades, muitas vezes somos obrigados a procedimentos dolorosos como reanimações e técnicas invasivas em uso nas unidades de cuidados intensivos, para manter suas vidas. Levantam-se questões éticas como, a vontade de continuar a viver, em que condições, quais as suas limitações? (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.389)

Ocorreu-me um momento de ansiedade, por não saber se iria corresponder às necessidades do doente e inquietação, estava perante uma pessoa que precisava da minha ajuda, consciente e orientado com uma doença que lhe confere pouco tempo de vida, mas com a esperança de algum conforto.

Pensei, não posso vacilar, nem demonstrar insegurança, era uma oportunidade de aplicar técnicas de comunicação de forma a desenvolver competências, era o meu papel

como enfermeiro, estava perante uma pessoa a necessitar de ajuda, tinha que identificar as suas necessidades, o que estava a sentir, o que mais o perturbava, como o poderia ajudar. Rapidamente, assumi o papel de enfermeiro e como interprete estava ali para ouvir, reformular, dar conforto, compreender e respeitar o sofrimento do doente. Abandonei o meu papel pessoal como ser social e humano, e como profissional contribui para o desenvolvimento das potencialidades daquela pessoa. (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005, p.133).

O que foi bom e mau na experiencia

Proporcionou-se um momento de interação, aproveitei a administração terapêutica subcutânea para iniciar a conversa, perguntar como se sentia, referiu-me as suas necessidades, nomeadamente alívio da dor para ele atribuiu um 5 na escala numérica da dor, a recuperação do apetite, apesar de apreciar a comida limitava-se a ingerir líquidos e gelatinas. O facto de ter sido operado tinha medo de se movimentar, queria recuperar a sua autonomia para voltar ao trabalho e a falta que este lhe estava a fazer *“era um sitio com muito barulho e confusão que às vezes me desesperava, mas agora sinto falta dessa dinâmica”*, senti que estava em negação e revolta em relação á sua doença, *“não acredito no que me está a acontecer”*, escutei o que me tinha para dizer em silencio, foi a estratégia que considerei mais útil para o Sr. JM manifestar as suas necessidades.

Tem consciência de ser uma doença sem cura, seus familiares conhecem a sua situação e ele faz questão da sua divulgação, inclusive o seu filho, *“já conversei com ele”*. Não lhe encontrei muita labilidade emocional, mas sim uma incerteza do que seria o seu futuro e do que poderia voltar a fazer.

Confirmei se tinha dúvidas sobre a sua doença, reformulei o objetivo do seu internamento e tentei compreender se estava consciente que o tratamento por radioterapia seria para impedir a evolução das metástases e para conferir conforto e controlo da dor, o que não impedia a evolução da doença (*dedos cruzados*).

Refere vontade de recuperar autonomia, de andar sem dores. Ao ouvir isso combinamos em conjunto planear atividades de autocontrolo, autocuidado como deambular de forma progressiva para recuperar confiança e a autonomia para uma possível alta.

Embora apreensivo e ainda triste demonstrou vontade em colaborar comigo tendo consciência que beneficiaria com isso. Eu senti-me útil e contente por ter conseguido

estabelecer uma boa relação de comunicação terapêutica com o Sr. JM, senti que estava no caminho certo a aplicar as técnicas corretas de forma a satisfazer as minhas necessidades de formação e as necessidades do doente. Que sentido tem o que pensei

A minha dificuldade em comunicar com o doente e sua família em estado crítico e fim de vida contribuiu para o meu sentimento inicial, de insegurança, por ainda não ter conseguido as competências necessárias para agir com naturalidade e sem ansiedade, com medo de cometer algum erro.

Assim tirei partido de uma situação para desenvolver competências especializadas na utilização de técnicas de comunicação, desempenhar o papel de formador na troca de informação, o papel de substituto no auxílio às necessidades do doente, o papel de conselheiro providenciando que a situação clínica do Sr. JM foi bem compreendida e o encorajei na recuperação de sua autonomia, são alguns dos papéis que o enfermeiro deve desempenhar para desenvolver uma relação terapêutica. (Peplau, 1990, p19)

O doente beneficiou na satisfação das suas necessidades com minha ajuda, quando um enfermeiro permite ao doente expressar seus sentimentos e proporciona a ajuda necessária, o doente pode sentir a sua doença como uma experiência organizadora de sentimentos de forma a fortalecer os elementos positivos da sua personalidade. (Peplau, 1990 p.26)

O que poderia ter sido melhor

A ansiedade gerada em mim, foi manifestada pela incompleta colheita de dados a este doente, embora tenha conseguido estabelecer uma boa relação com o Sr. JM e ter identificado as suas necessidades mais emergentes, ficou por saber, no momento, qual a sua relação familiar e qual o apoio dado pelos seus familiares, tive que recorrer ao conselho da minha orientadora e mais tarde introduzir nova entrevista para completar a colheita de dados.

O enfermeiro ajuda na colheita de dados objetivos e observáveis, no reforço e clarificação do que foi comunicado ao doente e na identificação dos problemas imediatos associados ao seu problema inicial. (Peplau, 1990, p.20)

Da próxima vez faço assim

A comunicação é um processo difícil que exige treino, estou consciente das minhas limitações, mas estão a ser ultrapassadas, tenho consciência que os meus sentimentos iniciais de medo e insegurança serão superados com a prática corrente e aplicação eficaz de técnicas de comunicação.

Planear a intervenção, atuar com mais calma, disponibilizar mais tempo com o doente e tomar conhecimento antecipadamente dos meus sentimentos são estratégias que pretendo utilizar nas minhas próximas intervenções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise dos Casos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Peplau, H. (1990): Relaciones Interpersonales en Enfermeria: um marco de referencia conceptual para la enfermeria psicodinâmica. Masson-Saluat Enfermeria. Barcelona

Apêndice VI- Estudo de caso 1- Estágio Cuidados Paliativos

Estudo de caso

1º Passo

Etapa	Colheita de dados	Resposta enfermagem
O R I E N T A Ç Ã O	<p>JM, de 49 anos de idade, arquiteto, internado na unidade de cuidados paliativos com diagnóstico médico de adenocarcinoma do pulmão estadio IV, com extensa metastização óssea, hepática e ganglionar.</p> <p>Antecedentes pessoais: Tabagismo, hepatite A, seguido em consulta de oncologia desde 11/10/2012.</p> <p>História familiar: Casado, refere que apesar de habitar com a esposa na mesma casa tem vida diária independente, pois não estão divorciados por haver benefícios fiscais. Tem um filho de 14 anos, sendo o Sr. JM o seu principal cuidador. Conta com a presença de seus pais, conscientes da sua situação clínica. Irmão falecido por suicídio após síndrome depressivo há 20 anos.</p> <p>Historia anterior: Queixas de lombalgias mais localizadas á direita de agravamento progressivo, acompanhada de perda ponderal, cerca de 3 kg, em dois meses, desde agosto/12. Recorre ao seu médico, após realizar RX e posteriormente RM, são detetadas lesões obstrutivas com compromisso medular de D6-D9, D11, D12 e L1. a TAC TAP que mostrou no lóbulo superior direito pulmonar lesão volumosa compatível com adenocarcinoma, adenopatias nicas, lesão no terço superior do reto, do cego e matastização hepática (4 lesões). Cintigrafia óssea para além de confirmar as lesões anteriores, revela metastização óssea na calote craniana. Em 15/10/12 é submetido a laminectomia da coluna dorsal para descompressão do cone medular.</p> <p>Historia atual Internado a 26/10/2012 na unidade de cuidados paliativos, para controlo sintomático e vigilância de sinais de infeção. Consciente, orientado, ansioso, febril, dor d'alma e medo da noite com insónia. Refere dor a nível lombar, anca e extremidades dos membros inferiores, sem <i>deficits</i> motores ou plegias, asténico, emagrecido. Normotenso, ligeiramente taquicárdico. Penso cirúrgico na região dorsal, limpo, ferida cirúrgica sem sinais inflamatórios em boa fase de cicatrização retira pontos a 29/10. Escala: ESAS: dor 4, cansaço 4, ansiedade 3, apetite 8, mal estar 5 Braden; BX Barthel: Leve Morse: elevado Karnofski: B60</p>	<p>Inicia relação de empatia com o doente que se traduz pela aceitação em falar comigo</p> <p>Surge respeito e confiança mútua manifestada pela abertura ao diálogo</p>

Etapa	Respostas do doente	Problemas	Respostas de enfermagem	Aprendizagem do Enfermeiro
I D E N T I F I C A Ç Ã O	<p>Doente angustiado, sem perceber o porquê de estar num serviço de paliativos, refere querer saber tudo sobre a sua doença.</p> <p>Tem muitas dores ao nível lombar e ancas que o dificultam a andar.</p> <p>Refere que não consegue dormir, medo da noite.</p> <p>Sente-se quente com arrepios, febril.</p> <p>Está emagrecido mas refere que sempre foi assim apesar da perda de algum peso.</p> <p>Tem falta de apetite</p>	<p>Ansiedade</p> <p>Insónias</p> <p>Dor</p> <p>Febre</p> <p>Perda de apetite</p> <p>Perda de autonomia</p>	<p>Explicar a finalidade do internamento no serviço de paliativos com o objetivo para planear o tratamento, otimizar a terapêutica de forma a melhorar o conforto e aliviar os sintomas.</p> <p>Providenciar junto da médica de serviço ajuste na terapêutica para alívio da dor, febre e insónia</p> <p>Incentivar a alimentação como forma de adquirir energia para poder tolerar os tratamentos</p> <p>Dedos cruzados (esperar o pior havendo sempre a esperança de algumas melhoras</p> <p>Tiros de aviso (o pior pode acontecer)</p> <p>Marcação da conferência familiar para esclarecimento da sua situação clínica</p>	<p>Utilização de técnicas de comunicação:</p> <p>Não-verbal:</p> <p>Contacto do olhar</p> <p>Empatia</p> <p>Pausa e prolongar o tempo</p> <p>Estar presente</p> <p>Escutar em silêncio</p> <p>Verbal:</p> <p>Ambiente proximidade do doente.</p> <p>Manter os familiares</p> <p>Ter tempo determinar comportamentos emoções, dúvidas, sintomas</p> <p>Questões abertas</p> <p>Questões fechadas</p> <p>Questões circulares</p>

Plano: Trabalhar os problemas identificados:

Ansiedade relacionada com a necessidade de conhecer a sua doença e possível tratamento,

Insónia relacionada com a dor, Medo da noite

Perda de autonomia relacionada com a cirurgia e o medo em se movimentar para não agravar as lesões

Conferencia familiar: Foi realizada conferência familiar estando presentes a médica assistente, o enfermeiro, os pais do Sr. JM e sua esposa. O doente foi esclarecido pela médica sobre a sua doença, foi referido que tinha uma doença sem cura mas que podíamos aliviar os sintomas da doença e alguma remissão na evolução das metástases. Iria iniciar tratamento de radioterapia ou quimioterapia de acordo com o parecer do oncologista e a iniciar o mais cedo possível. Explicado que este internamento seria para garantir conforto e otimizar terapêutica. Proporcionado a possibilidade de poder sair com a família para não estar condicionado ao internamento. Refere que de momento ficou sem dúvidas, mostrou-se confiante no início do tratamento, ficou de dar uma resposta em relação às saídas.

2º Passo

Etapa	Respostas do doente	Problemas	Respostas de enfermagem	Aprendizagem do Enfermeiro
E X P L O R A Ç Ã O	O doente refere não ter dúvidas sobre o seu internamento em cuidados paliativos refere dormir melhor.	Dor	Manter relação empática	Utilização de técnicas de comunicação:
	Mantém dores menos intensas agora mais localizadas na anca á esquerda.	Perda de autonomia	Validar a existência de dúvidas sobre tratamento ou doença	Contacto do olhar
	Mais independente nos seus cuidados de higiene.	Picos febris	Retirados pontos da sutura operatória o que facilitou nos cuidados de higiene agora mais autónomos	Empatia
	Preocupado com o trabalho tem vontade de voltar ao trabalho mas quer saber como vai ser o plano de quimioterapia		Reajustar medicação para alívio da dor	Pausa e prolongar o tempo
			Apanhar as canas (confirmar o que foi aprendido com a conferencia familiar)	Estar presente
			Aguardar resultados de hemoculturas administração de antipiréticos segundo prescrição	Avaliar comportamentos emoções, duvidas, sintomas
			Dedos cruzados	Escutar em silêncio
				Ser interprete as decisões foram assimiladas

Plano: Trabalhar os problemas identificados:

Perda de autonomia relacionada com o medo de agravar as lesões. Validar se as necessidades anteriores foram satisfeitas

3º Passo

Etapa	Respostas do doente	Problemas	Respostas de enfermagem	Aprendizagem do Enfermeiro
E X P L O R A Ç Ã O	<p>Iniciou primeiro ciclo de radioterapia direcionado às metástases ósseas refere sentir-se bem</p> <p>Refere medo de deambular pois tem medo de cair e poder fraturar alguma coisa.</p> <p>A família mostra-se preocupada e angustiada por estar a viver um momento já passado com a morte do outro filho</p>	Perda de autonomia	<p>Validar a motivação no tratamento embora reforçar a ideia que no próximo tratamento pode não se sentir tão bem</p> <p>Motivar a deambular pelo serviço com vigilância de forma a combater o medo e a dar-lhe mais autonomia para uma possível alta.</p> <p>Dedos cruzados e tiros de aviso em relação á família</p>	<p>Utilização de técnicas de comunicação:</p> <p>Contacto do olhar</p> <p>Empatia</p> <p>Pausa e prolongar o tempo</p> <p>Determinar comportamentos emoções, duvidas, sintomas</p> <p>Ser interprete as decisões foram assimiladas</p>

Plano: Trabalhar com o doente o enfrentar do medo ao fazer esforços, proporcionando pequenos passeios, acompanhado pelo corredor do serviço ao mesmo tempo reforçar a necessidade de se movimentar pois só assim poderá ganhar confiança e perder o medo. Reforçar sempre o cuidado e a possibilidade de a situação agravar algumas lesões.

4º Passo

Etapa	Respostas do doente	Problemas	Respostas de enfermagem	Aprendizagem do Enfermeiro
R E S O L U Ç ÃO	<p>Conhece o plano terapêutico para realizar RT dez sessões diárias, sente-se motivado para a alta pode vir ao hospital fazer a RT, fica em casa dos pais, refere que o internamento já não se justifica pois sente-se bem</p> <p>Deambula com mais confiança, já sem companhia, mais motivado, refere que em casa dos pais vai deambular mais pois os corredores são mais estreitos o que lhe confere segurança</p> <p>Ausência de dores</p> <p>Apirético</p> <p>Menor solicitação ao apoio de enfermagem</p>	<p>Enfrentar a alta para o domicílio</p>	<p>Manter motivação para deambular embora com alguns cuidados evitar pisos escorregadios ou com tapetes. Motivar para não ficar só em casa será benéfico alguns passeios ao ar livre devidamente agasalhado</p> <p>Dedos cruzados em relação á sua doença e sempre que sentir algum agravamento para contactar o serviço.</p> <p>Tomar a medicação conforme prescrita</p>	<p>Determinar comportamentos emoções, duvidas, sintomas</p> <p>Ser interprete as decisões foram assimiladas</p>

Plano para a alta: O doente aceitou bem ir para casa dos pais era em Lisboa e estaria perto do hospital o que lhe proporcionava vir aos tratamentos. Tinha uma boa relação com os pais e eles asseguraram toda a ajuda nesta fase difícil da sua vida. Ainda apresentava alguma dificuldade em deambular foi instruído para o uso de canadianas ou bengala como auxilio.

A etapa de resolução é mais um fenómeno psicológico, nem sempre coincide com a recuperação total da doença, implica a libertação e identificação gradual com o enfermeiro que proporcionou, ao doente, a ajuda e fortalecimento da capacidade de atuar como um só. Podemos propor novos objetivos e novas metas mas só quando os problemas anteriores já se encontrem resolvidos. (Peplau, 1990, p.33-34)

As etapas da enfermagem psicodinâmica têm como base dois pressupostos importantes:

- 1- A postura adotada pelo enfermeiro vai condicionar a aprendizagem do doente ao longo do seu internamento.
- 2- O auxílio ao desenvolvimento da personalidade e aquisição de competências em enfermagem que exijam o uso de princípios e métodos que facilitem e orientem o processo de resolução dos problemas identificados. (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005)

Na sua teoria, Peplau aborda a noção de crescimento pessoal, teve a oportunidade de aplicar várias estratégias de comunicação ao doente em fim de vida e sua família, de forma a contribuir para a aquisição de competências especializadas gerais e específicas conforme estabelecido nos objetivos deste estágio.

Competências adquiridas:

Gerais (OE, 2010^a):

Promover um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo

Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão

Gerar respostas de elevada adaptabilidade individual e organizacional

Específicas (OE, 2010^b):

Gerir a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa/família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde

Fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica otimizando as respostas.

Assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Almeida, V., Lopes, M. & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Rev Esc Enferm USP*. Ceará. 39 (2) p.202-210
- Araujo, A. (2011). Relatório do Observatório Nacional das Doenças Respiratórias 2011: Desafios e oportunidades em tempos de crise. Fundação Portuguesa do Pulmão. Consultado em 27-10-2012. http://www.ondr.org/Relatorio_ONDR_2011.pdf
- Erci, B., Sezgin, S. & Kaçmaz, Z. (2005). The impact of therapeutic relationship on preoperative and postoperative patient anxiety. *Australian Journal of Advanced Nursing*. V 26 N 1 p.59-66. Consultado em 27-10-2012. <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=25&hid=118&sid=93d85634-182f-4689-9d9d641a29fee31f%40sessionmgr112&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010169802>
- Jünger, S., Pestinger, M., Elsner, F., Krumm, N. & Radbruch, L. (2007). Criteria for successful multiprofessional cooperation in palliative care teams. *Palliative Medicine*. V 21 p.347-354. Consultado em 27-10-2012 <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=25&hid=118&sid=93d85634-182f-4689-9d9d641a29fee31f%40sessionmgr112&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009641984>
- Marchese, K. (2006). Using Peplau's theory of interpersonal relations to guide the education of patients undergoing urinary diversion. *Urologic Nursing*. V 26 N 5 p.363-371. Consultado em 30-10-2012 <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=25&hid=118&sid=93d85634-182f-4689-9d9d641a29fee31f%40sessionmgr112&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2009306465>

- Merritt, M. & Procter, N. (2010). Conceptualising the functional role of mental health consultation-liaison nurse in multi-morbidity, using Peplau's nursing theory. *Contemporary Nurse*. V34 N2 p.158-166. Consultado em 27-10-2012
<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=25&hid=118&sid=93d85634-182f-4689-9d9d641a29fee31f%40sessionmgr112&bdata=Jmxhbm9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=rzh&AN=2010682673>
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em Oncologia*. Lusociencia, Loures. ISBN 972-8383-12-6
- Ordem dos Enfermeiros. (Maio de 2010a). REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (Novembro de 2010b). REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM EM PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA. Portugal
- Peplau, H. (1999): *Relaciones Interpersonales en Enfermería: um marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinâmica*. Masson-Saluat Enfermería. Barcelona
- Pontes, A., Leitão, I. & Ramos, I. (2008). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. V 61 N 3 p.312-318. Consultado em 27-10-2012.
<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>

Apêndice VII- Estudo de caso 2 Estagio cuidados Paliativos

ESTUDO DE CASO

1º Avaliação

Etapa	Colheita de dados	Resposta enfermagem
O R I E N T A Ç ÃO	<p>O Sr JB de 83 anos de idade, bancário reformado, internado na Unidade de cuidados paliativos, com diagnóstico médico de neoplasia do colon grau IV. É o seu 5º internamento após o diagnóstico sendo que o motivo que o trás ao serviço é obstipação com mais de 4 dias de evolução.</p> <p>Viúvo, desde há um ano atrás, situação que o deixou angustiado mas está mais conformado. Tem uma filha muito presente que lhe dá todo o apoio necessário e um neto de quem gosta muito.</p> <p>Acompanhado diariamente por uma empregada que diz sua cuidadora e que mantém uma boa relação.</p> <p>Agora mais debilitado com o estado avançado de sua doença, tem conhecimento de toda a sua evolução e sua família está em contato permanente com a equipa de saúde dos cuidados paliativos, tendo solicitado este internamento, de acordo com a vontade do doente.</p> <p>Comunicativo, com períodos de polipneia e cansaço fácil, fácies de dor por desconforto abdominal, pele integra mucosas coradas e hidratadas, emagrecido, apresenta dificuldade em se movimentar, pelo que prefere estar mais tempo sentado.</p> <p>Apirético, abdómen ligeiramente distendido com dor á palpação.</p>	<p>Início da relação terapêutica perante a solicitação de ajuda</p> <p>Observação física do doente</p> <p>Entrevista com repostas diretas</p> <p>Papel de estranho</p>

2- Diagnóstico e planeamento

Etap a	Respostas do doente	Problemas	Respostas de enfermagem	Objetivos
I D E N T I F I C A Ç Ã O	Refere que tem mau estar com desconforto abdominal Atribui 5 na escala da dor.	Dor	Avaliar a dor do doente aplicando a escala ESAS Referir que será administrado medicação para alívio da dor e para melhorar o trânsito intestinal	Alívio da dor proporcionar conforto
		Obstipação	Poderá fazer alguns exames, RX ou ECO para verificar o abdómen, poderá recorrer-se a clister de limpeza	
	Apresenta dificuldade respiratória a pequenos esforços, prefere estar a maior parte do tempo sentado, é a posição mais confortável	Dispneia	Avaliar o nível de dificuldade respiratória (simetria da expansão torácica, frequência respiratória) Auxiliar na mobilização Incentivar estar no cadeirão a posição de sentado melhora a respiração Administração terapêutica inalatórios segundo prescrição	Que o doente recupere o normal funcionamento do trânsito intestinal. Pelo menos uma vez por dia.
	Falta de apetite ingere líquidos com facilidade	Recusa alimentar	Incentivar a alimentação demonstrar a sua necessidade para adquirir energia verificar IMC e alterações hidro-eletrolíticas nas análises. Perguntar quais os alimentos que mais gosta. Frutas, derivados do leite, carnes brancas Providenciar junto da dietista, uma dieta mais adequada á sua situação Validar com o doente se a falta de apetite está relacionado com o mau estar abdominal ou com outra causa	Melhorar a função respiratória. Apresenta FR=12 cpm. Saturações oximetria periféricas >97%. Boa expansibilidade torácica
	Tem consciência de que a sua doença está a agravar refere necessidade de ver o neto que esta a estudar no Porto			Recuperar o apetite
	Tem uma boa relação com a empregada esboça um sorriso na sua presença	Ansiedade	Contactar com o familiar para confirmar a sua disponibilidade em visitar Validar outras preocupações ou medos relacionados com a sua doença de forma a identificar outros fatores de ansiedade. Proporcionar a presença das pessoas que gosta e implica-las na prestação de cuidados	Diminuir níveis de ansiedade Identificar momentos de prazer, gostos pessoais, o que ainda pode fazer

3º Implementação

Etap a	Respostas do doente	Problemas	Respostas de enfermagem	Aprendizagem do Enfermeiro
E X P L O R A Ç Ã O	Refere menor dificuldade respiratória quando sentado		Proporcionar tranquilidade e conforto Instruir o doente que não pode levantar-se sem solicitar ajuda Manter as grades levantadas e plano da cama baixo	Estratégias de comunicação: Contacto do olhar Estar presente Escutar em silêncio Ambiente acolhedor Estar mais próximo do doente. Ter tempo para determinar comportamentos emoções, duvidas, sintomas Uso de: Questões abertas Questões fechadas Questões circulares Interpretar o que foi assimilado validar e confirmar conceitos Papel de pessoa de recurso Papel de ensino Papel de assessor
	Refere alívio de dor		Administração terapêutica para alívio de desconforto abdominal. Analgésicos	
	Evacua em pequenas quantidades de dois em dois dias		Após realização de RX feito clister de limpeza com algum efeito	
	Alimenta-se embora com pouco apetite poucos alimentos mais líquidos		Estimular a ingestão de alimentos Avaliar quais os alimentos favoritos e proporciona-los se possível Consultar nutricionista para adequar a nutrição Discutir com o doente possíveis causas para a diminuição do apetite	
	Aceita os cuidados de higiene no WC com ajuda faz pequenas atividades autónomas como corte de sua barba, faz questão de os realizar mas sente-se cansado e solicita ajuda		Proporcionar ao doente tomar decisões sobre os seus cuidados Estar mais tempo com o doente encorajar a partilhar sentimentos e preocupações transmitir empatia e compreensão ouvir atentamente	
	Fala abertamente da sua doença está consciente de poder sofrer agravamento		Corrigir conceitos ou informação incorreta que o doente possa expressar	
	Mantém-se comunicativo, na presença dos familiares partilha momentos passados, agradao com a possibilidade de ver o neto		Permitir que os familiares e pessoas que prestam apoio partilhem seus medos e preocupações Contactado o neto refere deslocar-se a lisboa no fim-de-semana Encoraja os familiares a procurarem apoio significativo e produtivo Avisar a família para estarem preparados para sinais de agravamento clinico Explorar se o doente e família discutiram as decisões de final de vida.	

4º Avaliação

Etapa	Respostas do doente objetivos alcançados	Respostas de enfermagem	Novos objetivos	Percepção de enfermagem
R E S O L U Ç ÃO	<p>Refere não ter dores nem desconforto abdominal a terapêutica está a ter efeito</p> <p>Tem algumas dejeções, em pequena quantidade</p> <p>Alimenta-se pouco, mantém alguma falta de apetite, prefere alimentos frios tipo batidos e gelatina</p> <p>Mantém dificuldade respiratória com algum agravamento no período da noite mas refere que acaba por dormir bem</p> <p>Mostra-se contente com a visita do neto esboça um sorriso quando abordado o assunto menos ansioso mas com olhar vago e pensativo</p>	<p>Administração terapêutica, o fato de não sentir dores não quer dizer que já não tenha a doença Manter o conforto</p> <p>Monitorização da função intestinal</p> <p>Manter a importância em se alimentar para manter níveis calóricos e energéticos</p> <p>Levantar a cabeceira da cama vigilância da função respiratória</p> <p>Validar a importância da presença da família junto do doente</p>	<p>Agravamento da função respiratória Com períodos de bronco-espasmo</p> <p>Apresenta livores mais acentuados aos membros inferiores</p> <p>Menos comunicativo que nos dias anteriores</p> <p>Muito mais pensativo com olhar vago e discurso lentificado</p>	<p>Agendar uma conferência familiar</p> <p>A fase de resolução é mais um fenómeno psicológico nem sempre coincide com a recuperação da doença o seu êxito depende dos acontecimentos que precedem. (Peplau, 1990, p.33)</p>

Considerações finais:

Segundo Peplau, 1990, p.39-58, são muitos os papeis que se exigem ao enfermeiro, considerados necessários, pelos doentes, para dar resposta aos seus problemas. Estes papéis surgem ao longo da prestação de cuidados á medida que a relação interpessoal enfermeiro-doente é realizada.

Papel de estranho, doente e enfermeiro são estranhos um para o outro, não têm nada em comum, o enfermeiro segue um princípio;

- 1- Aceitar o doente como ele é;
- 2- Tratar o doente como um estranho emocionalmente apto e manter uma relação sobre esta base mesmo que a evidência o demonstre de outro modo

Torna-se necessário chegar a um determinado grau de confiança, respeito e interação mútua para haver comunicação de forma a partilhar informação.

Papel de pessoa de recurso, proporciona respostas mais específicas em relação às perguntas do doente sobre um problema maior. O enfermeiro sabe atuar de forma adequada e conseguir uma aprendizagem construtiva. Aprende a adaptar as questões á prática de forma a distinguir, as que precisam de resposta direta e objetivas, das que implicam sentimentos.

Papel de ensino, o ensino parte sempre do que o doente conhece e do seu interesse em querer conhecer mais da sua doença, ajuda a enfrentar as dificuldades ao longo do seu internamento.

Papel de líder na enfermaria, os doentes identificam-se com os enfermeiros e esperam que estes lhes proporcionem orientação para as suas dificuldades. Colaborar com o doente na solução dos seus problemas exige liderança democrática a fim de que a experiencia conduza a uma aprendizagem útil de ambas as partes. Exige atitudes de respeito e dignidade pelo ser humano, que o doente capta emocionalmente e relaciona-as a si mesmo.

Papel de substituto, o doente encara o enfermeiro como outra pessoa, este pode simbolizar uma figura materna, um irmão, uma figura pública conhecida ou alguém de uma relação anterior que está na sua mente. Para o enfermeiro, esta proximidade, pode ser uma oportunidade de iniciar a comunicação e fazer com que o doente expresse seus sentimentos e pensamentos mais abertamente.

Papel de assessor, ao promover ações na relação enfermeiro-doente ou experiencias que conduzem á saúde do doente, como, autorrenovação, autorreparação e

autoconsciência, o enfermeiro está a transformar o doente numa pessoa mais produtiva. Os princípios são determinados pela personalidade do enfermeiro e pelo conhecimento adquirido e reformulado durante a sua formação profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Peplau, H. (1990): Relaciones Interpersonales en Enfermeria: um marco de referencia conceptual para la enfermeria psicodinâmica. Masson-Saluat Enfermeria. Barcelona

Apêndice VIII- Caracterização de serviço UCINC

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEURO-CRÍTICOS

Integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Centro, o Serviço de Cuidados Intensivos Neuro-críticos funciona desde 1963, inicialmente conhecido UCI Neurocirúrgicos. Tem como missão acolher doentes em situação crítica do foro neurocirúrgico e neuro-traumatológico, com o objetivo de suporte e recuperação das funções vitais de modo a criar condições para tratar e/ou reabilitar o doente de forma a proporcionar-lhe uma vida de qualidade.

Está dividido em duas áreas de cuidados a Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de nível 3 (polivalente) e a Unidade de Cuidados Intermédios nível 2 e nível 1, segundo classificação adotada pela Sociedade Europeia de Medicina Intensiva. (Natário et al, 2003)

Espaço Físico:

A Unidade de Cuidados Intensivos é um espaço autónomo, com estrutura própria e individualizada, tem uma capacidade física para 10 camas, distribuídas por cinco salas cada uma com duas unidades individuais preparadas para receber o doente neuro-crítico em fase aguda da sua doença.

Cada unidade individual está equipada com:

- Monitorização hemodinâmica
- Monitorização de suporte ventilatório
- Cama individual articulada, automática
- Zona para rampa de seringas e bombas infusoras (soros e alimentação entérica)
- Zona individual para material de aspiração de secreções
- Rampa de oxigénio e ar comprimido
- Rampa de aspiração de secreções
- Rampa de tomadas elétricas
- Sistema de luzes com redutor de intensidade

Cada quarto comporta ainda:

- Uma bancada com material de consumíveis necessários ao funcionamento diário (seringas, agulhas, material de punção venosa, soros e sistemas, roupa de cama, etc.)
- Quadro para leitura de RX
- Computador ligado ao sistema hospitalar

- Ponto de água para lavagem e desinfecção das mãos, com distribuidor de toalhetes de papel.

Como zonas de apoio a UCI dispõe de duas arrecadações onde podemos encontrar o monitor de gasimetrias arteriais e restante material técnico, nomeadamente;

- Seringas e bombas infusoras,
- Monitores de PIC,
- RX portátil,
- Ventiladores portáteis,
- Monitores hemodinâmicos portáteis,
- Monitor de técnicas dialíticas contínuas,
- Ecógrafo,
- Balas de oxigénio portáteis.

Frente às salas encontramos uma área de trabalho com computadores, onde os médicos efetuam as prescrições, frigorífico para medicação, carro de urgência, armário com medicação em *stock* com cofre para estupefacientes, arrecadação de material consumível e a entrada para o bloco operatório.

O gabinete da Enfermeira chefe, encontra-se numa área comum onde se situa uma sala de apoio à família/gabinete médico, zona de sujos, wc para o pessoal, área reservada às visitas, zona de roupa limpa, quartos médicos, zona de preparação de material para esterilização, secretariado e em anexo exterior o vestiário de pessoal.

A área comum serve de ligação ao bloco operatório, sala de Cuidados Intermédios com 12 camas (4 de nível 2 e 8 de nível 1).

Recursos Humanos:

Equipa médica permanente constituída por 8 médicos (7 intensivistas e 1 anestesista), contam com a colaboração de mais 6 anestesistas e 1 intensivista que asseguram a escala de urgência (bancos), dois neurocirurgiões de serviço durante as 24 horas a todo o hospital.

Equipa de enfermagem é constituída por 60 enfermeiros distribuídos por 5 equipas de 9 a 10 elementos, enfermeira chefe de serviço, enfermeira responsável pela UCI, enfermeira responsável pelos Cuidados Intermédios, 4 enfermeiros especialistas em reabilitação com horário de manhas e tardes.

As equipas de enfermagem asseguram em rotação, a prestação de cuidados na UCI (5 enfermeiros) e na sala de cuidados intermédios (4 a 5 enfermeiros).

A equipa de auxiliares de ação médica é constituída por 8 elementos, 4 no turno da manhã, duas no turno da tarde e 1 no turno da noite asseguram o serviço na UCI e Intermédios.

Conta com o apoio sempre que solicitado de todas as especialidades médicas do hospital, TAC disponível 24 horas por dia, serviço de imagiologia com RX diário a todos os doentes, dietista, psicóloga e assistente social, apoio espiritual e religioso.

Formação:

A formação aos enfermeiros é contínua e obedece a um plano anual, estruturado no início do ano pelo grupo de trabalho do serviço que se compromete a organizar no mínimo uma formação por mês.

População alvo:

Todos os doentes que fazem parte da área do centro hospitalar e de outras áreas que necessitem de tratamento neurocirúrgico específico e que se pratique no H. S. José, com idade superior a 16 anos, as patologias mais comuns são:

- Neuro-trauma: acidentes de viação ou de trabalho por quedas com traumatismo craniano
- Neurocirúrgico: hematomas epidurais e intracerebrais, edemas cerebrais, concussões e contusões hemorrágicas, hemorragias subaracnoídeas, aneurismas, malformações arteriovenosas, hidrocefalia, neoplasias cerebrais primárias ou metástases, hérnias cervicais ou da coluna dorsal ou lombar

Os critérios de internamento são determinados após observação do neurocirurgião de serviço e após contacto prévio com médico e enfermeiro responsável ou chefe de equipa da UCI.

A maioria dos doentes vem do serviço de urgência e bloco operatório, em menor número de outros serviços do HSJ.

Cuidados de enfermagem:

Os cuidados de enfermagem são assegurados durante as 24 horas em serviço de escala *roulement*, os enfermeiros são distribuídos nas salas pelo chefe de equipa tendo em conta o nível de cuidados e a formação do enfermeiro.

O chefe de equipa é responsável pela coordenação, gestão de recursos humanos e materiais, procede ao planeamento dos cuidados na ausência da chefe de serviço ou responsável.

Na UCI cada enfermeiro fica responsável por dois doentes, por método individual de trabalho, de forma a centralizar toda a informação referente aos seus doentes.

Prestam-se cuidados de enfermagem ao doente neuro-crítico, com monitorização permanente de ECG, pressões invasivas (PVC, PIC, LA), temperatura, oximetria de pulso, parâmetros ventilatórios, possibilidade de realização técnica dialítica continua caso necessário.

A passagem de turno é realizada á cabeceira do doente, são comunicadas todas as ocorrências relacionadas com a situação clinica, como historia atual, antecedentes pessoais e familiares, alterações de prescrição, estado neurológico, alterações hemodinâmicas e fisiológicas, exames a realizar e já realizados e quais os resultados.

O enfermeiro responsável inicia os cuidados com a avaliação do estado neurológico, registos ventilatório e hemodinâmicos, confere o ritmo das perfusões e avalia as condições de segurança dos doentes.

Os cuidados prestados são inerentes à estabilização clinica do doente garantindo o bem estar e o conforto, antecipando a instabilidade e risco de falência multiorgânica, garantir medidas de prevenção de infeção e estabelecer relação terapêutica com o doente e familia.

Os registos são efetuados em folha própria do serviço, é registado toda a evolução clinica do doente e notas do turno.

São utilizadas diversas escalas para complemento de avaliação clinica e enfermagem;

- A escala de coma de Glasgow para avaliação neurológica,
- A escala numérica da dor para doentes conscientes,
- A escala comportamental da dor (Behavioral Pain Scale) para doentes inconscientes e ventilados,
- A escala de braden para avaliação do risco dos doentes desenvolverem ulceras de pressão,
- A escala TISS que avalia a sobrecarga de trabalho do enfermeiro

O horário de visitas dos familiares aos doentes é das 15 às 20 horas, um familiar de cada vez até dois. Fica á consideração do enfermeiro a entrada de outros familiares ou

peças significativas para o doente, é durante este período em que médico e enfermeiro se disponibilizam para comunicar com a família.

O acolhimento à família na UCI é feito pelo enfermeiro responsável pelo doente durante o qual, dá a conhecer o funcionamento, a dinâmica do serviço e identifica o familiar de referência.

O familiar ou pessoa de referência receberá toda a informação sobre o estado clínico do doente e será o elo de ligação entre o serviço e família.

O serviço dispõe de uma sala utilizada para a comunicação de más notícias aos familiares, com presença de médico e enfermeiro.

A comunicação de diagnósticos e resultados de exames é da exclusiva responsabilidade do médico.

À enfermagem compete assistir a família nas perturbações emocionais, gerir a comunicação adaptando-a à complexidade do estado clínico do doente de forma a esclarecer dúvidas e desmistificar conceitos, na dignificação da morte e processos de luto, poderá ainda proceder ao encaminhamento para outros técnicos caso a família o solicite (psicólogo).

CONCLUSÃO

Considero o Serviço de Cuidados Intensivos Neuro-críticos um bom campo de estágio no qual pretendo desenvolver estratégias de comunicação com os familiares do doente em situação crítica e em fim de vida.

Pelas características da UCI poderei contactar com situações de morte cerebral e situações complexas de falência orgânica, algumas irreversíveis da condição neurológica dos doentes o que pode ser facilitador para aplicar técnicas e habilidades de comunicação aos familiares.

Pretendo cumprir os objetivos propostos por mim com a finalidade de aquisição e desenvolvimento das competências específicas e gerais do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Natário, A., Almeida, L., Pires, C., Meirinho, M., Proença, J. & Trigo, C. (2003) – Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Portugal. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento. Direção-Geral da Saúde. Gráfica Maiadouro. Lisboa

Apêndice IX- Reflexão Estágio UCINC

REFLEXÃO 1 – ESTAGIO UCI Neuro-críticos

O que aconteceu

FM, 20 anos de idade, internado na UCI por acidente de viação, do qual resultou traumatismo craniano com edema difuso, traumatismo torácico, fratura bilateral da bacia, fratura da tibia esquerda, lesões traumáticas da coluna cervical sem compromisso neurológico. Pelas gravidades das lesões cerebrais foi colocado em monitorização PIC, monitorização cardíaca para verificar estabilidade hemodinâmica, ventilado, sedado e analgesiado. Os pais muito presentes durante o período de visitas apresentam-se angustiados e em sofrimento com a situação. A mãe demonstra ansiedade, revela-se apreensiva e chorosa, com sensação de perda e insegurança. O pai, aparentemente mais calmo mas com fâcias de medo, frustração e revolta.

A médica de serviço informou o pai, no momento da sua visita, que o quadro clínico ainda se encontrava muito instável, havia risco de vida devido às lesões cerebrais, a lesão da bacia era muito grave o que poderia comprometer a estabilidade hemodinâmica. Evidenciou-se a vulnerabilidade em que se encontrava por momento notou-se um descontrolo emocional, com alguns tremores e vontade de chorar.

Apesar de afirmar ter compreendido o que lhe foi dito e da necessidade do filho estar submetido a todo o tratamento e monitorização, apresentava-se angustiado e com medo no confronto com a possibilidade de morte, revelava apesar das más notícias, um sentimento de esperança para uma possível recuperação, afirmando que “... *não quero acreditar no pior, acredito que ele vai superar esta fase...*”, ao mesmo tempo que pediu para ser ele a falar com a esposa “... *ela está mais sensível, prefiro ser eu a falar com ela em casa com mais calma...*”.

O que estou a pensar e a sentir

Sendo FM filho único, esta família estava a vivenciar um desequilíbrio familiar, precisavam ser ajudados, de forma a diminuir focos de ansiedade. Senti necessidade de lhes proporcionar um acompanhamento individual de forma a poder identificar as suas necessidades e esclarecer dúvidas com a finalidade de poderem enfrentar positivamente os seus desafios no acompanhamento da evolução clínica do seu filho.

Estava confiante de que poderia fazer um bom trabalho, sou pai ando de mota poderão ser vivências que me facilitem a comunicação com esta família. Mas teria que afastar sentimentos pessoais e fazer a transição para enfermeiro e profissional. Passar no estágio anterior (cuidados paliativos) deu-me ferramentas uteis que poderei por em prática de forma a combater esta vulnerabilidade familiar

Instruir a família sobre o que pode acontecer durante o internamento na UCI, desmistificar a tecnologia que envolve o seu familiar e esclarecer dúvidas, alertar para possíveis agravamentos clínicos e demora na recuperação, são intervenções às quais pretendo dar resposta e assim contribuir para um melhor esclarecimento e alívio na condição emocional desta família.

Apesar de encontrar necessidades em ambos os pais, foi com a mãe que disponibilizei mais tempo pois senti que ela estava em maior sofrimento e precisava de mais ajuda.

O que foi bom e mau na experiencia

Ao entrevistar o pai tentei aperceber-me do que ele pensava sobre a situação. Perante a minha demonstração de disponibilidade para conversar e apesar de estranhos, criou-se uma empatia e falou de todo o acidente, das dúvidas que tinha e o que esperava que acontecesse. Havia um pensamento de frustração, confrontado com a possibilidade de o seu filho não recuperar ele manifesta estar consciente da realidade mas que não quer pensar assim, o seu filho ainda é novo e acredita que consegue superar a situação. Validei esse pensamento mas informei de todas as possibilidades.

Com a mãe obtive uma entrevista mais demorada, respeitando uma distancia confortável, sentámo-nos na sala de espera, foi o sitio mais acolhedor que encontrei, permiti o dialogo, começou a falar da personalidade do seu filho, a boa relação que mantinha com os pais, estava a acabar o curso de informática, tinham uma relação aberta e de cumplicidade, sendo filho único eles apostavam tudo nele e seria impossível pensar na possibilidade de o perder, escutei em silencio, proporcionei momentos de abertura e liberdade para ela se expressar melhor com perguntas mais diretas, proporcionei o choro.

Desempenhei o papel de ensino ao informar da gravidade das lesões, qual o quadro de recuperação possível, mas que de momento seria muito difícil obter qualquer previsão, fui honesto, reformulei algumas ideias de forma a tornar o discurso mais claro e como poderiam lidar com essa situação.

Confrontei-a com a possibilidade de outras ocorrências que possam por em causa a qualidade de vida, infeções, cirurgias, o acordar, momentos de agitação mental e cognitiva, *deficits* físicos e motores, a demora na reabilitação.

Informei da possibilidade de procurarem ajuda de outros técnicos e mantive sinais de esperança aguardando que o tratamento se torne eficaz. No final verifiquei se toda a informação foi compreendida e se fazia sentido o que eu tinha dito, ela mostrou-se mais aliviada, esboçou um sorriso e validou a informação.

Que sentido tem o que pensei

Tudo o que pensei foi de encontro às minhas necessidades de aprendizagem e às necessidades de ajuda daquela família. Tive oportunidade de utilizar técnicas de comunicação, o que foi enriquecedor e reconfortante ao sentir que aquela mãe apresentava-se menos angustiada ao acompanhar a evolução clínica do filho.

Todo o ambiente envolvente da UCI torna-se comprometedor e estranho para a família. Saber que o seu ente está a ser bem tratado, compreender a dinâmica e funcionalidade de tudo o que o rodeia, são necessidades primárias que podem ser satisfeitas convergindo num sentimento de esperança e redução do medo, ao mesmo tempo que o período de internamento poderá ser encarado como confortável e necessário, quando a informação é dada de forma eficiente e eficaz.

O que poderia ter sido melhor

Houve momentos de alguma tenção, as famílias estão sempre à espera de uma palavra reconfortante e de maior esperança, mas temos que jogar com a realidade do momento, ser realista pode causar desconforto emocional de ambas as partes,

O confronto e a elucidação foram das técnicas de comunicação mais utilizadas neste momento de aprendizagem. A vontade destes pais em quererem que seu filho respondesse rápido e positivamente ao tratamento com vista à sua recuperação suscitava-lhe grandes momentos de incertezas e angustia manifestados pelas perguntas que diariamente faziam “... *então hoje já está melhor? ... ontem apresentava alguns movimentos ... saímos mais animados com o que vimos mas hoje está na mesma ...*”

O fato de FM iniciar um quadro febril pela presença de um corpo estranho no pulmão, foi um acontecimento que prolongou o internamento e em nada facilitador numa abordagem mais transparente com vista à cura, o confronto era diário e a incerteza daquela família justificava um acompanhamento mais cuidado.

Da próxima vez faço assim

Os contextos em que se geram relações interpessoais variam de acordo com as necessidades identificadas, com a confiança dos familiares ou do doente depositada nos enfermeiros e com a capacidade de cada enfermeiro se conhecer a si próprio de forma a escolher as melhores estratégias na resolução dos problemas.

O registo e planificação do processo de cuidados deve prever todos os cuidados a prestar ao doente e família com vista a alcançar metas comuns, que proporcionam o crescimento do doente como pessoa de identidade própria e ao enfermeiro momentos de aprendizagem para crescimento pessoal e profissional.

Considero ter desempenhado um bom trabalho, e isso refletiu-se nas visitas seguintes em que estes familiares me tinham como referência o que contribuía para um sentimento de segurança pois sentia que era um pilar de apoio aqueles pais

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Peplau, H. (1990): Relaciones Interpersonales en Enfermería: um marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinâmica. Masson-Saluat Enfermería. Barcelona

Apêndice X- Narrativa de Enfermagem estágio UCINC

NARRATIVA DE ENFERMAGEM – ESTAGIO UCI NEURO-CRITICOS

Mais um dia de estágio na UCI Neuro-críticos, fiquei no quarto dois, composto pela cama 3 e 4, era uma manhã, o ar condicionado do serviço fazia disfarçar o frio que se sentia no exterior. Após a passagem de turno, a enfermeira responsável pela minha orientação sugeriu que eu ficasse responsável pelo doente da cama 3, admitido no turno da noite, poderia ser um bom caso para poder desenvolver o meu projeto.

CA, 22 anos de idade tinha dado entrada no serviço de urgência do H. S. José, transferido de Santarém, onde residia, vítima de acidente de viação, quando conduzia uma moto, assistido no local pelo INEM, com necessidade de entubação oro-traqueal por depressão respiratória. Submetido a TAC de crânio e cervical sendo confirmado traumatismo craniano com edema cerebral difuso, vários focos de contusão e com possível lesão cervical c5-c6.

As lesões identificadas indicavam o estado crítico em que o CA se encontrava, e a necessidade de ajuda imposta por um acidente que estava a pôr em causa a vida de um jovem, tinha indicação médica para repouso absoluto, não mobilizar e para garantir estabilidade hemodinâmica foi ventilado, sedado e analgesiado.

Para mim seria uma boa oportunidade de poder aplicar técnicas de comunicação com o doente em coma e sua família de forma a cumprir alguns objetivos para os quais me propus, o doente iria beneficiar das minhas capacidades técnicas e interpessoais na construção de uma relação terapêutica (Peplau, 1990. p. 5)

Iniciei o meu turno com a mesma determinação e dedicação que tem sido meu apanágio ao longo da minha carreira como enfermeiro. Aproximei-me do CA, cumprimentei-o com um “bom dia”, apresentei-me e disse-lhe que ia ser o enfermeiro responsável por ele nas próximas 8 horas, sabia que não ia obter resposta, o tubo oro-traqueal e o nível de sedação assim o indicava, mas se estivesse no seu lugar gostava de saber quem era o estranho que se aproximava e me iria prestar cuidados.

Segundo Peplau (1990), o processo de enfermagem é um instrumento de amadurecimento e educação, inicia-se com o conhecimento e respeito mútuo com vista à solução dos problemas. Iniciei a identificação dos problemas, com observação física do CA o que me iria ajudar na orientação e elaboração do plano de cuidados.

O CA de estatura magra cerca de 50 kg e 1,60 m de altura, estava deitado na cama em decúbito dorsal, apresentava score neurológico de 7 da escala de Glasgow, localizava com o membro superior direito à estimulação da dor, pupilas isocóricas iso-reactivas à luz

de tamanho 2. Conectado por tubo oro-traqueal à prótese ventilatória na modalidade de volume controlado com períodos de alguma desadaptação devido à presença de secreções.

Tinha uma sonda naso-gástrica pela qual lhe tinham iniciado alimentação entérica, apresentava sutura parietal que se alonga até ao lóbulo auricular e sutura frontal extensiva até à zona supraciliar à direita, ficou com colar cervical para proteção de possíveis lesões cervicais. Identificavam-se pequenas tatuagens elaboradas de forma grosseira, sem técnica, pequenas estrelas e letras de significado pessoal, que se espalhavam por todo o tronco e membros a contrastar com diversas escoriações, motivadas pela queda.

Estava sereno, facies sem sinais de dor, monitorização cardíaca pela qual se poderia ler valores de frequência cardíaca que variavam entre os 75 e os 80 Bat/mn, a frequência respiratória de 15/mn era igual à do ventilador. As tensões arteriais indicavam uma hipotensão corrigida pelo médico com o início de noradrenalina.

Tinha sido colocado um cateter venoso central na região subclávia à direita através do qual perfundiam, soro fisiológico, propofol, alfentanilo e noradrenalina, num cateter arterial na radial direita mantinha uma monitorização da tensão arterial.

O CA não podia manifestar as suas necessidades mas eu podia imaginar ao estabelecer uma relação empática e assumir o papel de assessor ao mesmo tempo que comunicava e à medida que os cuidados eram prestados (Peplau, 1990). Necessidades fisiológicas como alimentar-se, respirar, repouso e conforto e necessidades psicológicas e emocionais, diminuição da angústia, medo, ansiedade e frustração.

Estava consciente que poderia estabelecer uma boa relação com CA, a partir daquele momento todos os cuidados prestados visavam o seu conforto e bem-estar, falava-lhe com voz calma numa posição frontal de forma a garantir um contacto no olhar, a sua resistência ao sedativo proporcionava-lhe períodos de maior consciência, que eu aproveitava para lhe explicar onde estava e o porquê de tantos cuidados, “ *C estás no hospital tiveste um acidente de mota ... Lembras-te? ... temos que te manter assim para as lesões não agravarem ... estamos a cuidar de ti não tenhas medo ... o tubo que tens na boca não te permite falar ... tá a ouvir-me?*”. Por vezes obtinha respostas afirmativas mas era fundamental voltar a sedá-lo mais, a agitação poderia agravar o edema cerebral.

A ansiedade e angústia eram notórias no início, agravavam-se nos momentos de agitação, tentava acalmá-lo, “ *C estás com secreções, vou ter que te aspirar, depois ficas melhor*”, ... com um toque no ombro demonstrava que estava presente. Durante os

cuidados de conforto e higiene explicava a sua necessidade aproveitava ainda para observar algumas respostas motoras, implementar o processo de cuidados é uma forma de explorar as necessidades do doente e contribuir para que as metas impostas sejam alcançadas. (Peplau, 1990)

Aproxima-se a hora da visita, tinha conhecimento que a mãe estava a acompanhar a evolução clínica do CA, na UCINC as visitas ocorrem entre as 15 e as 20 horas, um horário alargado, o que permite uma maior proximidade com o doente, mais tempo e disponibilidade para dar informações o que é favorável para o alívio de fatores de vulnerabilidade das famílias, o *stress*, a ansiedade e a angústia em detrimento de contribuir para o conforto e suporte emocional, estabelecer uma boa comunicação poderá contribuir para desmistificar dúvidas, garantias e certezas.

Entrou uma senhora, morena, aparentava 45 anos, estatura média cerca de 1,60 m de altura, fâcies triste, quase a esboçar um choro, assim que entrou no quarto, cumprimentei-a e apresentei-me como o enfermeiro responsável pelos cuidados do CA, perguntei qual o grau de parentesco, ela referiu ser a mãe, chamava-se AS, mostrei-me disponível para lhe dar informações, certifiquei-me que já lhe tinham feito o acolhimento à UCI, no processo já constava como pessoa de referência e seus contactos, notei ansiedade e angústia apesar de já ter visto todo o ambiente da UCI.

Perguntou-me sobre o filho, como ele estava. Referi que se encontrava sob efeito de sedativos para não estar agitado pois poderia ser prejudicial para ele. Perguntei se já tinha falado com algum médico acerca da condição clínica do seu filho, respondeu que sim e tinha consciência que a situação era delicada pelo traumatismo cerebral, apresentou algumas dúvidas acerca da monitorização, tentei explicar sem elevar a termos muito técnicos, pois apercebi-me que seria o mais adequado, pela sua expressão facial quando de início pronunciei alguns termos técnicos.

Notei que tinha ficado distanciada da cama de CA, disse-lhe que podia aproximar-se mais do filho e até mesmo tocar-lhe, referiu ter medo de que o filho com a presença dela ficasse agitado o que poderia ser prejudicial, foi o mote para iniciar a colher dados sobre a sua relação familiar.

Contou-me que vivia com o CA e a irmã de 13 anos, divorciada do pai de seus filhos há cerca de sete anos, um pai ausente o que tinha resultado numa relação distante e problemática com todos. O filho costuma ter atitudes de alguma agressividade na presença do pai. Considera ter uma boa relação de suporte e amizade com CA, conselheira e conhecedora de todas as suas atividades, “ *é um bom filho, custa-me vê-lo*

assim, ..., é o meu apoio familiar e a irmã está muito abalada, pois não se podem ver um sem o outro”. Considero ter estabelecido uma relação de confiança o que me permitiu explorar alguns hábitos do CA.

Estudante a frequentar um curso técnico profissional, tinha recebido a mota 3 dias antes do acidente como prenda de aniversário, apesar de não possuir licença para conduzir uma mota daquela cilindrada, insistiu em a levar para a escola onde ocorreu o acidente. Sai regularmente à noite costuma abusar em bebidas alcoólicas e consumo de carabinoides e tabaco, uma queda aos 5 anos foi sugestiva de luxação cervical sem repercussões na sua mobilidade.

AS, agora mais próxima e confiante tocou no seu filho e ganhou confiança para falar com ele, sugeri acompanhamento por psicologia caso o considerasse necessário, o que ela aceitou pois não estava a conseguir lidar com o internamento do filho. Ficou tudo registado. Passei de estranho para um papel de assessor e ensino.

O internamento prolongou-se por mais duas semanas durante as quais acompanhei a evolução clínica do CA, na prestação direta de cuidados e apoio à sua mãe e irmã. Foram momentos de aprendizagem e evolução como profissional.

Submetido a exames complementares RM e TAC, houve remissão das lesões cerebrais, gradualmente o nível de sedação foi diminuído, à medida que o desmame ventilatório era efetuado. CA já podia ser mobilizado o grau de consciência aumentava score 11, a minha relação com ele estava mais próxima, recordava-se de mim e dos momentos em que comuniquei com ele ao tentar acalmá-lo, sorria quando lhe era questionado se consumia drogas, para mim foi reconfortante pois todas as minhas ações foram benéficas para que as metas inicialmente traçadas fossem alcançadas e o tratamento médico superado (Peplau, 1990).

CA foi extubado sete dias após a sua admissão, tudo indicava o momento, saturações de 100%, eupneico, mas iniciou um quadro de inquietação, com estridor respiratório, observado por ORL, apresentava um edema subglótico com indicação para re-entubar e proceder-se a colocação de traqueostomia. Expliquei-lhe que algo estava a correr mal, o tubo tinha provocado um edema que o impedia de respirar normalmente, tínhamos que tomar medidas de urgência que passavam por voltar a sedar e colocar um novo tubo, não na boca mas na garganta o que lhe ia provocar uma alteração física. Apesar da agitação, CA manifestou que compreendia, foi novamente sedado e colocado novo tubo-oro-traqueal.

Segundo Peplau (1990), a fase de resolução deveria ter lugar quando os problemas foram resolvidos e as necessidades repostas, considero que dos problemas iniciais do CA alcançamos sua resolução, remissão do edema cerebral, cuidados de conforto e estabilização hemodinâmica, perante nova ocorrência novos problemas e metas se colocaram.

Anteriormente AS tinha sido confrontada com a possibilidade de ocorrerem imprevistos, como infeções, má reação á extubação, etc., foram dadas expectativas realistas. Recorremos à conferência familiar, conduzimos a mãe de CA para uma sala e confortavelmente, elucidámo-la sobre a nova situação clínica do filho. Depois de uma breve explicação, comunicamos que o procedimento a realizar seria provisório e sem sequelas para CA.

Depois de uma breve reflexão esclarecemos todas as dúvidas que AS nos colocou e solicitamos a assinatura do consentimento para traqueostomia, uma vez que CA apesar de maior de idade já se encontrava novamente sedado e ventilado não estava em condições de o fazer e sua mãe como familiar de referência seria a pessoa mais indicada.

Visivelmente emocionada, a chorar, refere ter compreendido o que lhe foi explicado embora não estivesse há espera, mas compreende que é em benefício do filho, concorda com a traqueostomia e assinou a autorização. Foi-lhe explicado como iria encontrar o seu filho e qual a alteração física que iria ter, após o procedimento.

Em pouco mais de 24 horas após traqueostomia, CA apresentava score 11 na escala neurológica, sem sedação, colaborante dentro das suas possibilidades tenta comunicar mas com alguma dificuldade, tem que se habituar á traqueostomia e ainda apresenta tosse ao querer falar.

Elucidado e confrontado quanto á necessidade da traqueostomia e que a mesma não seria definitiva. Era para seu benefício e seria retirada quando o edema da sua traqueia melhora-se.

Foi-lhe proporcionado escrever de forma a poder expressar melhor as suas preocupações e necessidades, preocupado com a namorada e com a mãe que não veio á visita naquele dia. Usamos um telemóvel para ele ouvir a mãe, tendo sido explicado a sua impossibilidade de se deslocar ao hospital por motivos de trabalho, ficou mais calmo, conta que se lembra do acidente, já estabelece uma boa comunicação apesar das dificuldades na voz.

Segundo Peplau (1990), as necessidades, são fisiológicas e psicológicas, ao prestar atenção às necessidades do doente o enfermeiro contribui para a construção de

metas que ao serem alcançadas produzem satisfação e progresso na reabilitação do doente.

CA e sua família, atravessaram um momento de grande vulnerabilidade, tive oportunidade de intervir e estabelecer uma relação terapêutica, considero que a confiança que depositaram em mim foi compensada com a ajuda prestada. O caminho de CA para a sua autonomia ainda não terminou, enfrenta ainda um internamento mas longe das práticas intensivas, para mim foi uma oportunidade desenvolver competências e aplicar técnicas de comunicação uteis na construção de uma relação interpessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Peplau, H. (1990): Relaciones Interpersonales en Enfermería: um marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinâmica. Masson-Salvat Enfermería. Barcelona

Apêndice XI- Slides Sessão UCINC

PLANO DE SESSÃO

TEMA: O doente neurocirurgico em coma/sedado e sua família: Porquê e como comunicar		
LOCAL: Hospital Central UCI-Neurocríticos - Sala de Reuniões	DATA: 29/01/2013 às 15 HORAS	DURAÇÃO: 60'
POPULAÇÃO ALVO: Equipa interdisciplinar do serviço Neuro-críticos		
Pré-requisitos- Experiência profissional prévia na área. Profissionais de saúde que contactem diretamente com o doente neurocirúrgico e sua família;		
OBJETIVO GERAL: Partilhar conceitos e estratégias de comunicação com a família e o doente crítico sob sedação/coma. no âmbito do projeto de estágio		
OBJETIVOS ESPECIFICOS: <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a equipa interdisciplinar para a importância da comunicação com o doente em coma/sedado - Enumerar estratégias facilitadoras para a comunicação com doente e família 		

APRESENTAÇÃO

CONTEÚDOS	AÇÕES	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
Apresentação do Formador	. Introduzir breve descrição curricular, nome e tema do curso de Mestrado . Objetivos da sessão	Expositivo	Data show	2'
Introdução ao tema	. Retratar a escolha do tema Por se enquadrar com o meu projeto de estágio			3'

Definição do coma Classificação do coma	Possibilidade de partilhar conceitos e experiências com os enfermeiros do serviço Perceber o que o doente pode pensar			2'
--	--	--	--	----

DESENVOLVIMENTO

CONTEÚDOS	AÇÕES	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
O que a evidência nos mostra sobre algumas situações de coma	Divulgar o estudo realizado com doentes em coma conseguem comunicar através de estímulos cerebrais visualizados por RM dando respostas simples de sim ou não Importância da utilização de uma escala alargada a mais valores de funcionalidade	Expositivo	Data show	2'
O que a evidência nos mostra sobre a importância da comunicação ao doente e familiares	Sensibilizar para a importância de realizar uma comunicação efetiva e eficaz de forma a proporcionar a satisfação das necessidades das famílias e doentes, apresentar diversos estudos			2'
Sentimentos do doente impossibilitado de comunicar a angústia e a ansiedade	Visualizar um filme Colocar os formandos no papel de doente e viver as emoções e pensamentos sentidos Perguntar se qual o significado que retiraram do filme	Interrogativo		15'
Comunicação com o doente e	Relembrar o que nos diz o código	Expositivo		5'

família	deontológico informações sobre cuidados de enfermagem Importância das estratégias de comunicação na comunicação com doente e família Obstáculos à comunicação			1'
Enquadramento teórico	Introduzir a teoria das relações interpessoais de Hildgard Peplau e a sua importância no processo de comunicação			2'
Estratégias de comunicação	Realçar o tempo como elemento essencial para a colheita de dados e planificação O trabalho em equipa para que a informação seja a mais correta possível para evitar contradições, reuniões de equipa Ambiente seguro facilita o acolhimento, a identificação do familiar de referência			2'
Linguagem não-verbal	Validar o toque, o calor humano, respeito, silencio	Expositivo		2'
Linguagem Verbal	Realçar a informação, a elucidação, a reformulação, os sentimentos manifestados, o confronto, o feedback, as questões Validar com os formandos estas estratégias com exemplos reais			3'

CONCLUSÃO

CONTEÚDOS	AÇÕES	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
Considerações finais	Esclarecer dúvidas Sintetizar as ideias principais Preencher a folha institucional de Avaliação da formação com posterior tratamento da informação Confirmar a Bibliografia utilizada	Expositivo	Data show	10'

Referência bibliográfica: Adaptado de <http://pt.scribd.com/doc/50485556/Exemplo-Plano-de-Sessao>

Diapositivo 1

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

**O DOENTE NEUROCÍTICO EM COMA/SEDADO E
SUA FAMÍLIA: PORQUÊ E COMO COMUNICAR**

 **CENTRO
HOSPITALAR
DE LISBOA**
C.H.L.O.

José Silva

Hospital de S. José - UO Neuro-Críticos

Lisboa 29/01/13

Diapositivo 2

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

**A FAMÍLIA E O DOENTE CRÍTICO EM FIM DE VIDA:
Estratégias de Comunicação em Enfermagem
Especializada**

Orientadora: Prof. Rebelo Botelho
Coorientadora: Prof. Florinda Galinha

Diapositivo 3

OBJETIVOS

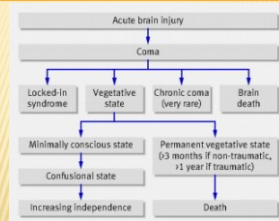
- * Sensibilizar a equipa interdisciplinar para a importância da comunicação com o doente em coma/sedado
- * Enumerar estratégias facilitadoras para a comunicação com doente e família

Diapositivo 4

- ✖ Não se pode afirmar até que ponto o doente em coma não ouve ou não tem noção da realidade
- ✖ Coma é uma alteração extrema da perturbação quantitativa do estado de consciência
- ✖ Coma, não responde a estímulos, aparenta inconsciência não pode ser despertado
- ✖ O doente sente-se impedido de manter a sua identidade os seus valores sua autonomia, incapacidade de tomar decisões, auto cuidar, passa a ser tratado como objeto

Silveira J.Martinho (2011)

Diapositivo 5



COMA

Diapositivo 6

PORQUÉ COMUNICAR



ACUTE BRAIN INJURY - REVIEW	
1. Name	
2. Age	
3. Sex	
4. Date	
5. Referring Hospital	
6. Referring Doctor	
7. Referring Date	
8. Referring Referral	
9. Referring Referral	
10. Referring Referral	
11. Referring Referral	
12. Referring Referral	
13. Referring Referral	
14. Referring Referral	
15. Referring Referral	
16. Referring Referral	
17. Referring Referral	
18. Referring Referral	
19. Referring Referral	
20. Referring Referral	
21. Referring Referral	
22. Referring Referral	
23. Referring Referral	
24. Referring Referral	
25. Referring Referral	
26. Referring Referral	
27. Referring Referral	
28. Referring Referral	
29. Referring Referral	
30. Referring Referral	
31. Referring Referral	
32. Referring Referral	
33. Referring Referral	
34. Referring Referral	
35. Referring Referral	
36. Referring Referral	
37. Referring Referral	
38. Referring Referral	
39. Referring Referral	
40. Referring Referral	
41. Referring Referral	
42. Referring Referral	
43. Referring Referral	
44. Referring Referral	
45. Referring Referral	
46. Referring Referral	
47. Referring Referral	
48. Referring Referral	
49. Referring Referral	
50. Referring Referral	
51. Referring Referral	
52. Referring Referral	
53. Referring Referral	
54. Referring Referral	
55. Referring Referral	
56. Referring Referral	
57. Referring Referral	
58. Referring Referral	
59. Referring Referral	
60. Referring Referral	
61. Referring Referral	
62. Referring Referral	
63. Referring Referral	
64. Referring Referral	
65. Referring Referral	
66. Referring Referral	
67. Referring Referral	
68. Referring Referral	
69. Referring Referral	
70. Referring Referral	
71. Referring Referral	
72. Referring Referral	
73. Referring Referral	
74. Referring Referral	
75. Referring Referral	
76. Referring Referral	
77. Referring Referral	
78. Referring Referral	
79. Referring Referral	
80. Referring Referral	
81. Referring Referral	
82. Referring Referral	
83. Referring Referral	
84. Referring Referral	
85. Referring Referral	
86. Referring Referral	
87. Referring Referral	
88. Referring Referral	
89. Referring Referral	
90. Referring Referral	
91. Referring Referral	
92. Referring Referral	
93. Referring Referral	
94. Referring Referral	
95. Referring Referral	
96. Referring Referral	
97. Referring Referral	
98. Referring Referral	
99. Referring Referral	
100. Referring Referral	

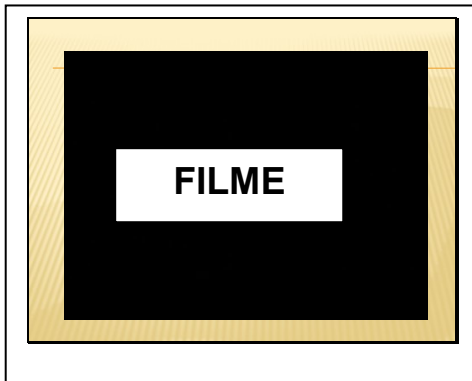
COMA

Diapositivo 7

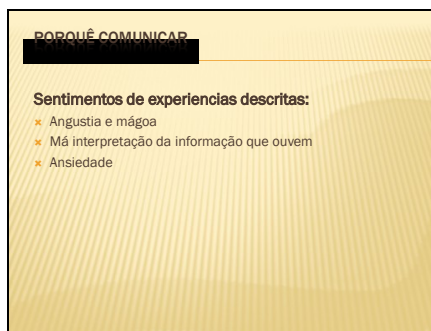


Diapositivo 8

Schmabell, J. (Diretor) & Bauby, J. (Escritor). (2007). Le scaphandre et le papillon[Motion picture]. France. Pathe Renn Production



Diapositivo 9



Diapositivo 10

*"Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos **cuidados de enfermagem**, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem, informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como a maneira de os obter."*

(Nunes, Anselmi & Gonçalves, 2005)

*"O **desafio** mais importante que os enfermeiros enfrentam no cuidar do doente crítico é saber como **lidar com conversas difíceis**. Os enfermeiros devem desenvolver estratégias de comunicação com o doente e seus familiares."*

(Wheeler, Long-Morris & Givens, 2011)

Diapositivo 11

PORQUÊ COMUNICAR

Obstáculos

- ✖ Atitude Corporal
- ✖ Ideias Pré-concebidas
- ✖ Percepções e Interpretações
- ✖ Graus de Escolaridade
- ✖ Significados Pessoais
- ✖ Motivação e Interesse
- ✖ Ausência de Habilidade de Comunicação
- ✖ Emoções e Estado de Ânimo
- ✖ Clima Organizacional, Idioma
- ✖ Traqueostomia, Entubação
- ✖ Sedação, Distúrbio de Consciência

Sármiva & Martinho (2011)

Diapositivo 12

Referencial Teórico - Hildgard Peplau

Teoria das Relações Interpessoais

- ✖ **Enfermagem** - Processo interpessoal, significativo e terapêutico. Funciona em cooperação com outros processos humanos que possibilitam a saúde, ..., "é um instrumento educativo, uma força de amadurecimento que fomenta a evolução da personalidade na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária."

(Peplau, 1990, p. 14)

Relação Interpessoal Enfermeiro/Doente.

Meta comum baseada no respeito mútuo.
Aprendem e crescem juntos como indivíduos.
Trabalham juntos tornando-se mais capacitados e maduros ao longo do processo.

O enfermeiro assume diferentes papéis:



(Peplau, 1990)

Diapositivo 13

COMO COMUNICAR

Gestão do tempo:

- ✦ Essencial para se estabelecer uma conversa terapêutica. Os enfermeiros precisam de colher dados para determinar comportamentos, emoções, sintomas do doente e explorar opiniões e dúvidas dos familiares.

(Bushman & Cummings (2007))

Trabalho em equipa

- ✦ O processo de comunicação não pode ser um ato isolado de um único profissional de saúde, **sugerem-se reuniões multidisciplinares** que incluam médicos, enfermeiros e familiares dos doentes, em local próprio, com o objetivo de evitar informações contraditórias, planejar o tratamento e garantir a confiança dos familiares nos profissionais de saúde de forma a aliviar o seu sofrimento

Jacobowski, Grant, Munder & Wesley Ely, (2010)

Diapositivo 14

COMO COMUNICAR

Criação de ambiente seguro:

- ✦ Acolhimento à família
- ✦ Identificar o familiar de referência
- ✦ Sentar perto de forma a manter contacto no olhar,
- ✦ Respeitar distância confortável e privacidade em relação ao doente/família
- ✦ Permitir a presença dos familiares junto ao doente,
- ✦ O toque no braço ou ombro do doente ou familiar permite um sentimento de segurança na comunicação.

Bushman & Cummings (2007), Pharesuf, (2005 p.164-166), Chailifour (1993), Peplau, (1990)

Diapositivo 15

COMO COMUNICAR

Recurso à linguagem não verbal:

- ✦ Contacto no olhar,
- ✦ Compreensão empática,
- ✦ Silêncio, escutar terapêutico, mais que uma escuta ativa, foca-se na informação, clarificação e reafirmação reflexão,
- ✦ A pausa prolongar o tempo; estar presente exploração das declarações dos doentes e familiares,
- ✦ O toque,
- ✦ O calor humano e a reserva pessoal, mostrar-se caloroso com as pessoas de quem cuida,
- ✦ A distancia e as posições, o odor,

Bushman & Cummings (2007), Pharesuf, (2005 p.164-166), Chailifour (1993), Peplau, (1990)

Diapositivo 16

COMO COMUNICAR

da linguagem verbal

- ✦ Fazer prova de abertura ao diálogo e escuta com o doente/família. A preocupação com o outro permite colher dados, planificar os cuidados de forma a transmitir as informações necessárias a explicar o tratamento e sua doença,
- ✦ A partilha de ideias e informação; permite utilizar conhecimentos e competências técnicas e científicas para esclarecimento de dúvidas
- ✦ Extrair o sentimento manifestado e não o impor. Preparação e respostas adequadas; reconhecer as emoções.
- ✦ Afirmar sentimentos não revelados nas palavras;
- ✦ A revelação de si próprio; manifestação das próprias percepções, pensamentos, ressentimentos e motivações

Badrinski & Cummings (2007), Planteuf, (2005 p.164-166), Chaffour (1993), Papiou, (1990), Barrosa & Neto, (2006)

Diapositivo 17

COMO COMUNICAR

Clarificação e reformulação da linguagem verbal

- ✦ O conselho e a informação; "tiros de aviso ou pé na porta" – lançar avisos que o pior pode acontecer, começar a avisar que vêm más notícias sem as dar na totalidade (Ex: As análises revelam valores alterados são indicadores que algo está mal, vamos confirmar com a realização de outros exames
- ✦ A elucidação; "dedos cruzados" – dizer que a situação é grave não retirando a esperança de algum alívio, tendo por base expectativas realistas (Ex: A doença que tem não tem cura, mas podemos aliviar os sintomas, oxalá o tratamento resulte.)
- ✦ A reformulação; "apanhar as canas" – ter uma conversa com a pessoa em que se dá uma determinada notícia e mais tarde outro elemento da equipa vai confirmar o que foi aprendido.
- ✦ A reflexão simples; geralmente é breve e serve para resumir o que nos dizem. A síntese, realça os elementos essenciais que se quer comunicar.

Badrinski & Cummings (2007), Planteuf, (2005 p.164-166), Chaffour (1993), Papiou, (1990), Barrosa & Neto, (2006)

Diapositivo 18

COMO COMUNICAR

Clarificação e reformulação da linguagem verbal

- ✦ O confronto; visa a redução de distorções ou contradições. Ser interprete, assegura que as decisões , os valores e objetivos foram assimiladas pelos doentes e família
- ✦ A autenticidade; ser congruente exige um bom conhecimento de si próprio.
- ✦ O Feed-back; processo verbal ou não verbal de informação das suas percepções e sentimentos sobre o comportamento do doente
- ✦ As questões; abertas, fechadas; diretas; indiretas, sugestivas, hipotéticas e escolha restrita

Badrinski & Cummings (2007), Planteuf, (2005 p.164-166), Chaffour (1993), Papiou, (1990), Barrosa & Neto, (2006)

Diapositivo 19

CONSIDERAÇÕES FINAIS

- ✖ Independente do estado de consciência o doente é um ser humano
- ✖ O processo de comunicação deve iniciar-se o mais cedo possível
- ✖ Comunicação efetiva e eficaz. Equipe falar a mesma linguagem
- ✖ O enfermeiro deve ter confiança nas suas capacidades relacionais
A proteção,
Não se expor ao embaraço, sofrimento e insegurança,
- ✖ Adaptação à mudança e ao conservadorismo contribui para uma boa negociação,
- ✖ Valorizar a esperança mesmo que esta seja mínima

Diapositivo 20



OBRIGADO

Diapositivo 21

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barthol, R. J. & Gommery, W. (2007) *Practices of Effective End-of-Life Communication between Nurses and Patients/Families in Two Care Settings*. *Critical Nursing*, 9: 9-11. Consultado em 03-05-2012.
- BRASIL. (2010) *Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 274/2010*. <http://www.cns.gov.br/2010/05/27/274-2010-cns/>
- CHOUINARD, J. (1993) *Enfermagem e a relação de ajuda*. Canada: Datoine mon. éditeur Inc. Editores LAMARIE. ISBN 2-89355-470-7.
- LAUREN, S. (2007) *Acute brain injury*. *Case Science Group*. Retirado em janeiro 22, 2013 de <http://www.casescience.com/brain-injury>
- MORIS, M. (1990) *Relações Interpessoais*. In: *Formação um modelo de referência para pesquisa e para a enfermagem*. *Editora Manole*. São Paulo, São Paulo.
- PIRELLI, M. (2002) *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e o trabalho de enfermagem*. Lousane/Lisa.
- MORIS, et al. (2002) *Witful Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness: The new England journal of medicine*. *Massachusetts*, 1-11. Consultado em 22-03-2013 de <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM020307346999270>
- NUNES, L. LAURAT, M. L. GONÇALVES, R. (2005) *Grande Dicionário de Enfermagem: os Conteúdos e Análises dos Cursos*. Lousane: Editora Enfermagem.
- SILVEIRA, D. & MARTINE, T. (2011) *Conversar com o doente em estado crítico*. *Nursing*. São Paulo: Juruá. 8-14. Consultado em 22-03-2013 de <http://www.jurua.com.br/revista/ver.php?id=100>
- STANWELL, S. S., LONG-SMITH, J. & GORDON, M. (2011) *Conversations and end-of-life care: communications tools for critical care practitioners*. *British Association of Critical Care Nurses*. Vol 9: 124-130. Consultado em 03-05-2012.
- THE NURSING AND MIDWIFERY COUNCIL. (2006) *Standards for the development of professional practice*. London: The Nursing and Midwifery Council. 1-10. Consultado em 03-05-2012.

Diapositivo 22

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

assessment of family expectations in the ICU. *Intensive Care Med*. 2012;17(1):1-6. <http://dx.doi.org/10.1177/1078148511429266>. <http://icm.sagepub.com> [Accessed 2012 May 22].

Hepp, M et al. (2011). Nurse patient communication interventions in the intensive care unit. American Association of Critical Care Nurses. *Journal of Intensive Nursing*. 2011;26(4):247-256. <http://dx.doi.org/10.1177/1078148511429266>. <http://icm.sagepub.com> [Accessed 2012 May 22].

Arango-Lazpiz, J, et al. (2010). Family needs in caregivers of individuals with traumatic brain injury from Colombia. *South American Journal of Health Sciences*. 2010;7(1):102-108. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sahs.2010.03.002>. <http://www.sciencedirect.com> [Accessed 2012 May 22].

Schreibell, J, Dreyer, J, Blauy, J, (Escoffier). (2007). Le scaphandre et le papillon (Motion picture). France. Pathe Reun Production.

Georgia, J, & Mahan, K. (2004). *CHS OR CARE RECOVERY SOLA REVISED MANAGEMENT AND SCORING Guidelines, Center for Head Injury Services, Johnson Rehabilitation Institute Alliance with JFK Medical Center*. New Jersey.

Barbosa, A, & Iñels, C. (2009). *Manual de Cuidados Paliativos*. Número de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Ubatuba, Grupos Médicos, Ubatuba.

Apêndice XII- Caracterização de Serviço UCIC

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO DE CUIDADOS INTENSIVOS CARDIACOS

A unidade de cuidados intensivos cardíacos está integrada no serviço de cardiologia do Hospital, criada em 1996 é uma UCI nível II. Tem como missão assistir a pessoa em situação crítica com doença cardíaca tendo por base a humanização e a qualidade dos cuidados. Pretende aliar, a eficácia, os conceitos de conforto e bem-estar, com vista aos padrões de qualidade.

Os Cuidados de Enfermagem são contínuos e sistemáticos ao longo das vinte e quatro horas. O doente cardíaco internado tem habitualmente uma ou mais funções vitais em risco, sendo necessário, a cada momento, prevenir e/ou despistar complicações e limitar incapacidades.

Espaço Físico:

A Unidade de Cuidados Intensivos é constituída por 10 camas, distribuídas por duas salas de 4 e 6 camas respetivamente em “*open space*” podendo na sala de 4 camas a adaptação para dois isolamentos. Tem ligação com a enfermaria de cardiologia o que torna um serviço único no mesmo piso.

Podemos ainda encontrar no mesmo espaço físico uma copa do serviço, sala de passagem de turno de enfermagem, sala de sujos, sala cirúrgica de aritmologia, arrecadação de roupa limpa, duas arrecadações de material de consumo, dois gabinetes médicos, dois quartos médicos, gabinete da enfermeira chefe, três casas de banho e respetivos vestiários para enfermagem e médicos, duas salas de apoio ao laboratório de ecocardiografia, zona de secretariado onde se encontra o gabinete do diretor de serviço.

Laboratório de Ecocardiografia Especial - Neste sector são efetuados os Ecocardiogramas Transtorácicos, Transesofágicos e de Sobrecarga. Estes exames realizam-se diariamente de acordo com uma programação semanal. No entanto, este laboratório apoia 24 horas o serviço de Cardiologia e todos os outros serviços do Hospital, especialmente a Urgência Geral.

Estes exames são aqui realizados por razões de segurança a doentes que estão em fase precoce de Enfarte Agudo do Miocárdio ou em ambulatório, candidatos a revascularização coronária ou para otimização terapêutica, pelo que devem ser realizados em ambiente de Cuidados Intensivos.

Unidade de Arritmologia – Este sector é constituída por uma sala cirúrgica e três gabinetes de consulta. Na sala cirúrgica são realizadas, implantações de Pacemakers Definitivos (PMD), de Cardioversores Desfibriladores (CDI), efetuam-se os Estudos Electrofisiológicos (EEF) e Ablações de Vias Anómalas. Esta Unidade, apoia todo o Hospital, 24 horas, especialmente o Serviço de Urgência Geral, para intervenções de carácter urgente, como a colocação de Electrocatéter para pacing provisório, realização de cardioversão (interna e externa), pericardiocentese e análise electrónica de sistemas implantados. Os três gabinetes (dois deles, situados nas Consultas Externas, PA5) que integram a Unidade destinam-se essencialmente à realização da consulta de follow-up e Consulta de Enfermagem para doentes portadores de PMD e CDI.

Laboratório de Cardiologia de Intervenção – A funcionar no Piso 2 no Serviço de Imagiologia, tem por finalidade o diagnóstico invasivo da doença cardíaca e a realização de técnicas de intervenção cardiológica (Angioplastia Coronária). A sua atividade programada desenvolve-se entre as 8:00 e as 15:00 horas, à 2ª, 3ª, 5ª e 6ª feira, fora deste horário a equipa de hemodinâmica pode ser chamada sempre que necessário. Embora parte integrante do Serviço de Cardiologia tem um corpo de Enfermagem próprio cuja coordenação depende diretamente da Enfermeira Chefe do Serviço de Imagiologia.

Recursos Humanos:

A Equipa de Enfermagem da UCIC é constituída por 30 Enfermeiros, Um Enfermeiro Chefe, Um enfermeiro responsável e 28 elementos de Enfermagem que asseguram os Cuidados aos doentes internados nos Cuidados Intensivos, as atividades na unidade de Pacing e arritmias e no Laboratório de Ecocardiografia. Com horário de 36 horas semanais.

Médicos:

A Equipa Médica é constituída por doze elementos, dez especialistas e dois internos da especialidade, mais o diretor do serviço.

Auxiliares de Acção Médica:

A Equipa de Auxiliares de Acção Médica é constituída por oito elementos, com um horário de 38 horas semanais que asseguram as actividades na Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Pacing e arritmias e Laboratório de Ecocardiografia.

Outros Técnicos:

Trabalham ainda em estreita colaboração com o Serviço de Cardiologia, onze Técnicos de Cardiopneumologia, uma Assistente Social, uma Dietista, uma Farmacêutica, uma auxiliar do sector de alimentação que assegura a distribuição das refeições aos doentes, duas Secretárias de Unidade e um Secretário clínico responsável pelo gabinete de estudos clínicos.

Formação:

A formação aos enfermeiros é contínua e obedece a um plano anual, estruturado no início do ano pelo grupo de trabalho do serviço que se compromete a organizar no mínimo uma formação por mês, estão ainda contempladas formações obrigatórias no âmbito hospitalar (gestão de recursos, controlo de infeção, posicionamentos).

População alvo:

A Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos está de apoio à Urgência Geral vinte e quatro horas, recebe doentes cardíacos com grande instabilidade hemodinâmica que necessitam de suporte a uma ou mais funções vitais. São na sua maioria doentes que sofreram acidente coronário agudo pelo que cumpre o protocolo da via verde coronária instituído no hospital.

São admitidos doentes da área de influência do HFF, conselho de Sintra e Amadora, sendo as patologias mais frequentes os Síndromes Coronárias Agudas (Angina Instável, Enfarte Agudo do Miocárdio), embora também assista doentes com Insuficiência Cardíaca, Tromboembolismo Pulmonar, Bradiarritmia ou Taquiarritmias e doentes em pós-operatório de Cirurgia Cardíaca.

No Hospital, não existe a especialidade de cirurgia cardíaca, pelo que os doentes pertencentes à sua área de influência que necessitam desta cirurgia, são intervencionados nos hospitais de Santa Maria, Santa Marta ou Santa Cruz.

Assim com frequência a Unidade, recebe doentes em pós-operatório imediato ou mediato, transferidos dos referidos centros cirúrgicos.

Cuidados de enfermagem:

Os enfermeiros da UCIC assumem a responsabilidade que lhes é conferida pela sociedade, de participar ativamente na promoção da saúde através de uma intervenção efetiva no domínio da capacitação e desenvolvimento de competências individuais. É seu objetivo prestar cuidados de enfermagem contínuos e sistemáticos ao longo das vinte e quatro horas em serviço de “*roulemente*” e continua-los sempre que possível para além do internamento

Os enfermeiros são distribuídos aos doentes, pelo chefe de equipa, tendo em conta o nível de cuidados e a formação do enfermeiro, após passagem de turno dos chefes de equipa em sala própria optando-se posteriormente e junto ao doente a passagem de ocorrências mais detalhadas entre enfermeiros responsáveis.

O chefe de equipa é responsável pela coordenação, gestão de recursos humanos e materiais, procede ao planeamento dos cuidados na ausência da chefe de serviço ou responsável. Ver competências do chefe de equipa em anexo.

Na UCI cada enfermeiro fica responsável por dois ou três doentes, por método individual de trabalho, de forma a centralizar toda a informação referente aos seus doentes.

Prestam-se cuidados de enfermagem ao doente cardíaco, com monitorização permanente de ECG, sempre que a situação o exija, pressões invasivas (PVC, BIAO, LA), temperatura, oximetria de pulso, parâmetros ventilatórios, possibilidade de realização técnica dialítica.

São transmitidas todas as ocorrências relacionadas com a situação clínica, como história atual, antecedentes pessoais e familiares, alterações de prescrição, estado neurológico, alterações hemodinâmicas e fisiológicas, exames a realizar e já realizados e quais os resultados.

O enfermeiro responsável inicia os cuidados com a avaliação do estado neurológico, registos ventilatório e hemodinâmicos, confere o ritmo das perfusões e avalia as condições de segurança dos doentes.

Os cuidados prestados são inerentes à estabilização clínica do doente garantindo o bem-estar e o conforto, antecipando a instabilidade e risco de falência multiorgânica, garantir medidas de prevenção de infeção e estabelecer relação terapêutica com o doente e família.

Os registos são efetuados em folha própria do serviço, é registado toda a evolução clínica do doente e notas do turno.

São utilizadas diversas escalas para complemento de avaliação clínica e enfermagem;

- A escala de coma de Glasgow para avaliação neurológica,
- A escala numérica da dor para doentes conscientes,
- A escala comportamental da dor (Behavioral Pain Scale) para doentes inconscientes e ventilados,
- A escala de braden para avaliação do risco dos doentes desenvolverem úlceras de pressão,

O horário de visitas dos familiares aos doentes é das 12 às 20 horas, um familiar de cada vez. É durante este período em que médico e enfermeiro se disponibilizam para comunicar com a família.

O acolhimento à família na UCI é feito pelo enfermeiro responsável pelo doente durante o qual, dá a conhecer o funcionamento, a dinâmica do serviço e identifica o familiar de referência.

Após a alta hospitalar, a retoma do dia-a-dia com qualidade, está intimamente relacionada com o nível de conhecimentos que o doente e a família detêm da patologia cardíaca, da terapêutica e do controle de fatores de risco.

Com o objetivo de proporcionar uma efetiva melhoria da qualidade dos cuidados que se prestam no Serviço, baseados em estudos efetuados e no trabalho desenvolvido com os doentes e famílias, os enfermeiros identificaram um conjunto de dúvidas que permitiram sistematizar grupos de temas a partir dos quais, se organizaram instrumentos de trabalho que suportam os Programas de Educação para a Saúde implementados, bem como outros projetos que se pretendem desenvolver:

□ **Consulta de Enfermagem Destinada a Doentes Portadores de PMD e CDI:** Com esta atividade os enfermeiros, que detêm competências específicas em arritmologia, junto do doente/família procedem á avaliação do processo de adaptação à vida enquanto portador de dispositivo cardíaco implantável; ensinam sobre funcionamento do gerador e efeitos terapêuticos; ensinam sobre atividades de vida enquanto portador de Pacemaker/CDI;

□ **Classes de Ensino Destinadas ao Doente Coronário** - Atividade autónoma de enfermagem devidamente estruturada, que tem início no primeiro dia de internamento e que visa a preparação para a alta. As Classes de Ensino para o Doente Coronário, têm por objetivo, dotar a pessoa de conhecimentos sobre a sua doença, promovendo a adoção de estilos de vida saudáveis que lhe permitam tão breve quanto possível uma

retoma do dia vida com qualidade. Estas classes estão integradas no Programa de Reabilitação ao Doente Coronário e contam com a colaboração de Dietistas, Psiquiatras e Fisioterapeutas.

□ **Avaliação da Qualidade dos Cuidados** - No âmbito do projeto do Hospital, no Serviço de Cardiologia um grupo de enfermeiros procede mensalmente á aplicação do formulário, numa tentativa de manter continuamente a avaliação, identificando não conformidades e implementando medidas que contribuam para a melhoria continua.

□ **Processo de Recreditação** em 2011, o Hospital foi novamente submetido a uma auditoria, no âmbito do Processo de Recreditação pelo CHKS. A UCIC foi considerada com uma boa nota neste processo.

CONCLUSÃO

Pretendo cumprir os objetivos propostos por mim para este campo de estágio, com a finalidade de aquisição e desenvolvimento das competências específicas e gerais do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica.

Como sendo o meu local de trabalho pretendo desenvolver competências na ares da gestão bem como na divulgação de estratégias facilitadoras em comunicação e assim desenvolver competências académicas seguindo os descritores de Dublin.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Natário, A., Almeida, L., Pires, C., Meirinho, M., Proença, J. & Trigo, C. (2003) – Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. Portugal. Ministério da Saúde. Direção de Serviços de Planeamento. Direção-Geral da Saúde. Gráfica Maiadouro. Lisboa

RELATÓRIO DE ACTIVIDADES CLÍNICAS (2011). Serviço de Cardiologia / UCIC
Elaboração Aprovação 01 29/02/2012 Semião 29/02/2012, não publicado
HOSPITAL PROF. DOUTOR FERNANDO FONSECA, EPE

Apêndice XIII- Funções Chefe de Equipa UCIC

FICHA DE DESCRIÇÃO DE FUNÇÃO

DESIGNAÇÃO DA FUNÇÃO:

Enfermeiro (Chefe de Equipa)

NOME DO SERVIÇO:

UCIC

CATEGORIA PROFISSIONAL:

Enfermeiro Graduado

Reporta a:

Enfermeiro Chefe

QUALIFICAÇÃO:

Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE)

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES:

Prestar Cuidados de Enfermagem, de forma autónoma e/ou interdependente, ao Utente/Família/comunidade, ao longo de todo o ciclo vital

Individualizar a prestação de cuidados, tendo presente o contexto de vida, os valores, as crenças e os desejos do Utente/Família/comunidade, ao nível dos diferentes domínios (físico, psicológico e social)

Contribuir, de forma planeada e organizada, para a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e reintegração social do Utente/Família/comunidade

Desenvolver os cuidados de Enfermagem, incorporando os resultados da investigação e da atualização científica para uma boa prática clínica

Efetuar, de forma sistematizada, a colheita de dados relevantes para a identificação dos Diagnósticos de Enfermagem

Planear, executar e avaliar os Cuidados de Enfermagem diretos e globais aos Utentes que lhe foram atribuídos, favorecendo um clima de respeito e confiança que suscite a participação do Utente/Família nos Cuidados de Enfermagem

Interpretar, de forma adequada, os dados objetivos e subjetivos, bem como os seus significados, tendo em vista a prestação de cuidados segura

Promover a integração/participação do Utente/Família/comunidade no seu processo de saúde/doença, assegurando o Planeamento de Alta e a continuidade dos cuidados

Participar nas ações que visem a articulação entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde diferenciados, visando a promoção da saúde e prevenção da doença

Fornecer informação de saúde relevante de forma a ajudar o Utente/Família/comunidade a atingir os níveis ótimos de saúde e a favorecer a adaptação funcional aos défices existentes

Identificar, realizar e colaborar em estudos de investigação, utilizando os resultados válidos e relevantes dos mesmos, assim como outras evidências na melhoria dos Cuidados de Enfermagem a prestar ao Utente/Família/comunidade

Compreender e atuar de acordo com planos de emergência em situações de catástrofe

Promover, desenvolver e estabelecer uma relação terapêutica com o Utente/Família e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES:

interpessoais

Assegurar que a informação transmitida ao Utente/Família e/ou cuidadores é realizada de forma clara e acessível aos mesmos

Assegurar a criação e manutenção de ambiente seguro, de acordo com orientações estratégicas emanadas por:

Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar

Gabinete de Gestão de Risco

Assistir e participar nas reuniões de passagem de turno, transmitindo todas as informações que considere relevantes para o bom funcionamento do turno

Assegurar as normas de actuação implementadas que possibilitem a uniformização, individualização e humanização dos Cuidados de Enfermagem

Funções Específicas UCIC

Prestar cuidados diretos e globais aos doentes sempre que necessário.

Supervisionar os cuidados de enfermagem prestados pelos elementos da sua equipa, tendo em vista a individualização dos cuidados.

Informar o Enfermeiro Chefe ou enfermeiro responsável do movimento de doentes durante a sua ausência, nomeadamente, entradas, transferências e óbitos.

Informar da evolução dos doentes no que diz respeito aos diagnósticos de enfermagem e dá os esclarecimentos que considere oportunos.

Acompanhar e dar apoio emocional aos familiares e visitas sempre que se justifique.

Verificar os registos de enfermagem de forma a garantir a continuidade da prestação de cuidados e procede à sua avaliação.

Programar o seu trabalho de modo a assegurar que toda a equipa possa tomar as refeições correspondentes ao turno, em tempo útil, sem que isso prejudique o funcionamento do serviço.

Colaborar na integração de novos elementos do serviço.

Participar nas acções de formação em serviço quando para isso for solicitado.

Orientar e supervisionar os auxiliares de acção médica na ausência do enfermeiro chefe e enfermeiro responsável.

Participar activamente nas reuniões de passagem de turno.

Alterar pontualmente o plano de trabalho de acordo com os conhecimentos e experiências dos enfermeiros, bem como a dependência de cada doente.

Promover o bom funcionamento e as boas relações interpessoais da equipa de enfermagem e entre a sua equipa multidisciplinar.

Providenciar a correcta utilização do material de equipamento e material de uso clínico.

Repor os níveis do carro de urgência e verifica o funcionamento de todo o material após cada utilização.

Informar o enfermeiro chefe ou responsável de serviço, da ruptura de stocks.

Informar o enfermeiro chefe ou responsável de serviço, da existência de material de equipamento para reparação.

Participar activamente nas reuniões de serviço com os enfermeiros.

Na ausência do enfermeiro chefe e do enfermeiro responsável:

- Verificar na passagem de turno se todos os elementos presentes (enfermeiros e auxiliares de acção médica) correspondem aos previstos em plano de horário.

DESCRIÇÃO DAS FUNÇÕES:

- Providenciar a substituição de enfermeiros em falta, mantendo a equipa com o número de elementos considerados necessários para a prestação de cuidados.

- Transmitir ao enfermeiro chefe ou enfermeiro responsável as alterações ocorridas na sua ausência (faltas de pessoal, transferência de doentes, óbitos, ruptura de stocks, etc...)

RESPONSABILIDADES-CHAVE DAS FUNÇÕES:

Adoptar uma conduta responsável e ética, actuando no respeito pelos direitos e interesses legais do Utente/Família e/ou cuidadores

Adoptar atitudes que visem a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação, a reinserção social e a continuidade de cuidados

DATA: 03 / 03 / 2009

O Profissional	Nome: José Silva	Nº Mec.: 2054	Ass:
A Chefia	Nome: XXXXXX XXXXXX	Nº Mec.: 252	Ass:

DATA: 17 / 05 / 2010

O Profissional	Nome: José Silva	Nº Mec.: 2054	Ass:
A Chefia	Nome: XXXXXXXXXX	Nº Mec.: 8	Ass:

DATA: 14 / 06 / 2011

O Profissional	Nome: José Silva	Nº Mec.: 5848	Ass:
A Chefia	Nome: XXXXXXXXXX	Nº Mec.: 8	Ass:

Apêndice IV- Slides Sessão UCIC

PLANO DE SESSÃO

TEMA: O doente em situação crítica e sua família: Estratégias de comunicação		
LOCAL: Hospital Fernando Fonseca – UCI Cardíacos Sala de reuniões/sala de passagem de turno	DATA: 11, 12, 13 e 15/02/2013 HORAS: às 15 horas	DURAÇÃO: 60'
POPULAÇÃO ALVO: Equipa interdisciplinar da UCIC com especial enfoque à Necessidade manifestada pelos Enfermeiros da UCIC em entrevista informal. Pré-requisitos: Profissionais que contactam diretamente com a família do doente crítico com patologia cardíaca		
OBJETIVO GERAL: Partilhar conceitos e estratégias de comunicação com o doente em situação crítica e sua família no âmbito do projeto de estágio		
OBJETIVOS ESPECIFICOS: <ul style="list-style-type: none"> - Sensibilizar a equipa interdisciplinar para a importância da comunicação com o doente em situação crítica e sua família - Enumerar estratégias facilitadoras para a comunicação com doente e família 		

APRESENTAÇÃO

CONTEÚDOS	AÇÕES	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
Minha apresentação	. Breve descrição curricular, nome e tema do curso de Mestrado . Objetivos da sessão	Expositivo	Data show	1'
Introdução ao tema	. Esclarecer a escolha do tema Por se enquadrar com o meu projeto de			

Definição do doente crítico	estagio Possibilidade de partilhar conceitos e experiencias com a equipa interdisciplinar do serviço	Expositivo		3'
	- Definir segundo o preconizado pela O.E - Identificar as necessidades e obstáculos na comunicação			2'

DESENVOLVIMENTO

CONTEÚDOS	AÇÕES	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
O que a evidência nos mostra sobre algumas situações de consciência mínima	- Divulgar estudo realizado com doentes em coma conseguem comunicar através de estímulos cerebrais visualizados por RM dando respostas simples de sim ou não	Expositivo	Data show	1'
O que a evidência nos mostra sobre a importância da comunicação ao doente e familiares	- Sensibilizar para a importância de realizar uma comunicação efetiva e eficaz de forma a proporcionar a satisfação das necessidades das famílias e doentes, apresentar diversos estudos			1'
Sentimentos do doente e família perante uma situação de vulnerabilidade	- Identificar os principais sentimentos manifestados por doentes e família - Perguntar aos formandos que sentimentos podem identificar nos doentes e famílias	Expositivo Interrogativo		2'
Comunicação com o doente e família	- Reforçar com o que nos diz o código deontológico informações sobre cuidados de enfermagem - Importância das estratégias de	Expositivo		2'

	comunicação na comunicação com doente e família			
Enquadramento teórico	Introduzir a teoria das relações interpessoais de Hildgard Peplau e a sua importância no processo de comunicação			2'
Estratégias de comunicação	<ul style="list-style-type: none"> - Referenciar o tempo como elemento essencial para a colheita de dados e planificação - Abordar o trabalho em equipa para que a informação seja a mais correta possível para evitar contradições, reuniões de equipa - Realçar a necessidade de um ambiente seguro: facilita o acolhimento, a identificação do familiar de referência 	Expositivo		3'
Linguagem não-verbal	<ul style="list-style-type: none"> - Realçar o toque, o calor humano, respeito, silêncio como técnicas a aplicar ao doente e família. Utilizar um exemplo real 	Interrogativo		4'
Linguagem Verbal	<ul style="list-style-type: none"> - Enumerar a informação, a elucidação, a reformulação, os sentimentos manifestados, o confronto, o feedback, as questões. - Validar com os formandos estas estratégias com exemplos reais. 			4'

CONCLUSÃO

CONTEÚDOS	AÇÕES	METODOLOGIA	RECURSOS	TEMPO
Considerações finais	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer dúvidas - Sintetizar as ideias principais 	Expositivo	Data show	10'
Opcional: Mostrar filme, discutir procedimentos e técnicas de comunicação	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar se o tempo de formação não for muito longo e a motivação dos formandos. - Preencher a folha institucional de Avaliação da formação com posterior tratamento da informação - Partilhar com os colegas a bibliografia consultada. Mostrar bibliografia 			15'

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS: Adaptado de <http://pt.scribd.com/doc/50485556/Exemplo-Plano-de-Sessao>

Diapositivo 1

2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

O doente em situação crítica e sua família:
Estratégias de comunicação

José Silva

Lisboa 11/02/13

HOSPITAL UCI Cardíacos

Diapositivo 2

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

A FAMÍLIA E O DOENTE CRÍTICO EM FIM DE VIDA: Estratégias de Comunicação em Enfermagem Especializada


Orientadora: Prof. Rebelo Botelho
Coorientadoras: Prof. Florinda Galinha

Diapositivo 3

Objetivos

- Sensibilizar a equipa interdisciplinar para a importância da comunicação com o doente em situação crítica e família
- Enumerar estratégias facilitadoras para a comunicação com doente e família

Diapositivo 4



Pessoa em Situação Crítica


Aquela cuja vida está ameaçada pela falência ou iminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica"

(Ordem dos Enfermeiros, 2010)

- São poucos os doentes internados em UCI que conseguem **manifestar as suas necessidades e desejos** relacionados com a sua manutenção de vida ou tratamentos paliativos. Estas decisões que envolvem o fim de vida dos doentes muitas vezes **são discutidas entre profissionais de saúde e membros da família**, para este entendimento entre as partes é necessário uma boa comunicação

(Bayle, Miller, Forbes-Thompson, 2005)

Diapositivo 5




Enfermagem na maioria das vezes tem uma **impressão mais realista da recuperação ou não dos doentes**, as razões desta perceção deve-se aos eventos presenciados diariamente na prestação de cuidados e na participação em tratamentos que não beneficiam o estado clínico dos doentes

(Martin & Kuciel, 2010)

“O **desafio** mais importante que os enfermeiros enfrentam no cuidar do doente crítico é saber como **lidar com conversas difíceis**. Os enfermeiros devem desenvolver estratégias de comunicação com o doente e seus familiares.”

(Dennett, Long-Sandell & Coombs 2011)

Diapositivo 6



Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos **cuidados de enfermagem**, respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao **consentimento informado**, atender com responsabilidade e cuidado todo o **pedido de informação ou explicação** feito pelo indivíduo, em matéria de **cuidados de enfermagem**, **informar sobre os recursos** a que a pessoa **pode ter acesso**, bem como a **maneira de os obter**.”

(Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005)

Diapositivo 7

Obstáculos à comunicação

- Ideias Pré-concebidas
- Percepções e Interpretações
- Graus de Escolaridade
- Significados Pessoais
- Motivação e Interesse
- Atitude Corporal
- Ausência de Habilidade de Comunicação
- Emoções e Estado de Ânimo
- Clima Organizacional, Idioma
- Traqueostomia, Entubação
- Sedação, Distúrbio de Consciência

Serrano & Martins (2011)

Diapositivo 8

«HEALTHY SUBJECT»

Answers «YES» x Answers «NO»

«VEGETATIVE STATE»

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

WERNER Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness

Werner, David P.O., et al. *Modulation of Brain Activity in Disorders of Consciousness*. *New England Journal of Medicine*. 2013; 369(12):1102-1111.

↑

Identidade
Os valores
Autonomia
Incapacidade de tomar
decisões/auto-cuidar

Diapositivo 9

NURSE-PATIENT COMMUNICATION: INTERACTIONS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

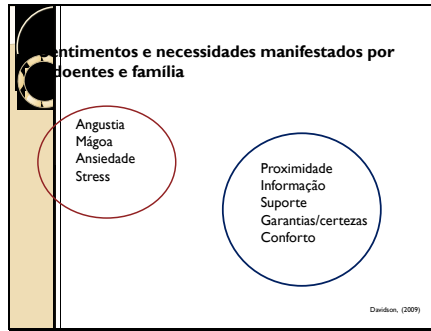
Comunicar com o doente em estado crítico
Communicating with the patient in critical condition

ORIGINAL RESEARCH

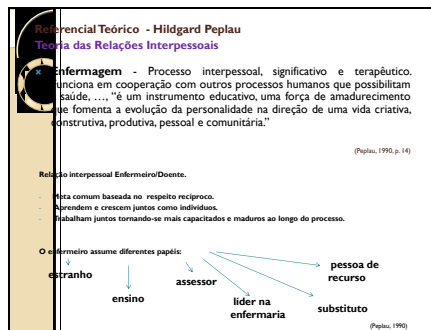
"What families want - an assessment of family expectations in the ICU"

Shah, Sridhar, et al. *What families want - an assessment of family expectations in the ICU*. *Intensive Care Medicine*. 2013; 18(1):1-10.

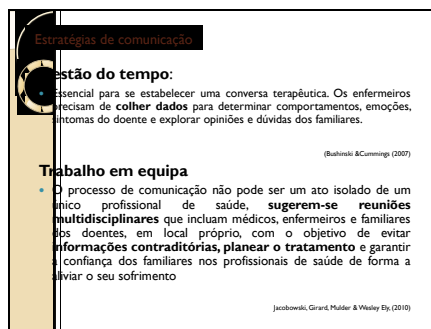
Diapositivo 10



Diapositivo 11



Diapositivo 12



Diapositivo 13

Estratégias de comunicação

criação de ambiente seguro:


- Acolhimento à família
- Identificar o familiar de referência
- Sentar perto de forma a manter contacto no olhar,
- Respeitar distância confortável e privacidade em relação ao doente/família
- Permitir a presença dos familiares junto ao doente,
- O toque no braço ou ombro do doente ou familiar permite um sentimento de segurança na comunicação.

Bushinski & Cummings (2007), Pharesuf, (2005 p.164-166), Chalfour (1993), Paplau, (1990)

Diapositivo 14

Caso I

Doente 63 anos de idade, embolia pulmonar, PCR cerca de 20' de reanimação, score 6, VM, TAC revela anoxia cerebral



Diapositivo 15


Estratégias de comunicação

Contacto no olhar,

- Compreensão empática,
- O toque,
- O calor humano e a reserva pessoal, mostrar-se caloroso com as pessoas de quem cuida,
- A distância e as posições, o odor,

Bushinski & Cummings (2007), Pharesuf, (2005 p.164-166), Chalfour (1993), Paplau, (1990)

Diapositivo 16




Caso 2

Doente, 64 anos ICC descompensada, edemas generalizados, CDI há 6 meses, vários internamentos, Diabetes II, IRC, última ECO TT Fij 15%

- Doença crónica grave a família acredita na sua recuperação e pergunta se a alta está para breve

Diapositivo 17




Estratégias de comunicação:

A. Ilucidação: “dedos cruzados” -- dizer que a situação é grave não retirando a esperança de algum alívio, tendo por base expectativas realistas (Ex: A doença é tem não tem cura, mas podemos aliviar os sintomas, oxalá o tratamento ajude.)

- A. reformulação:** “apanhar as canas” -- ter uma conversa com a pessoa em que se dá uma determinada notícia e mais tarde outro elemento da equipa vai confirmar o que foi aprendido.
- A. reflexão simples; a síntese:** geralmente é breve e serve para resumir o que nos dizem. Realça os elementos essenciais que se quer comunicar.
- A. pausa prolongar o tempo:** estar presente exploração das declarações dos doentes e familiares.
- C. Feed-back:** processo verbal ou não verbal de informação das suas perceções e sentimentos sobre o comportamento do doente

Bushnell & Corrington (2007), Phares (2005 p 144-146), Chaffetz (1993), Repke (1990), Barroso & Neto (2004)

Diapositivo 18



Caso 3

Doente 45 anos, doença de 3 vasos + TC, tentativa de PTCA s/ sucesso, choque cardiogénico, PR, VM, BIAo, TA: 60/35 P:60, score 10, dopa, nora, dobuta, mida
Esposa, Mãe, filho

- Doente em situação grave a família não está preparada recorre ao enfermeiro

Diapositivo 19

Estratégias de comunicação

- **Partilha de ideias e informação:** permite utilizar conhecimentos e competências técnicas e científicas para esclarecimento de dúvidas
- **Preparação e respostas adequadas:** reconhecer as emoções. Ser autêntico, ser congruente: exige um bom conhecimento de si próprio.
- **Prova de abertura ao diálogo e escuta com a família.** A preocupação com o outro permite colher dados, planificar os cuidados de forma a transmitir as informações necessárias a explicar o tratamento e sua doença.
- **O conselho e a informação:** "tiros de aviso ou pé no porto" — lançar avisos que o pior pode acontecer; começar a avisar que vêm más notícias sem as dar na totalidade.
- **Silêncio, escutar terapêutico,** mais que uma escuta ativa, foca-se na informação, clarificação e reafirmação reflexão.
- **O confronto:** visa a redução de distorções ou contradições. Ser interprete, assegura que as decisões, os valores e objetivos foram assimiladas pelos doentes e família
- **As questões:** abertas, fechadas; diretas; indiretas, sugestivas, hipotéticas e escolha restrita

Bullard & Cunningham (2002), Pines et al. (2005 p.144-146), Chaffin et al. (1992), Pugh, (1990) Barrows & Nuro, (2006)

Diapositivo 20

Considerações finais

Dependente do estado de consciência o doente é um ser humano

O processo de comunicação deve iniciar-se o mais cedo possível

- Comunicação efetiva e eficaz. Equipa falar a mesma linguagem
- O enfermeiro deve ter confiança nas suas capacidades relacionais
- A proteção, não se expor ao embaraço, sofrimento e insegurança.
- Adaptação à mudança e ao conservadorismo contribui para uma boa negociação.
- Valorizar a esperança mesmo que esta seja mínima

Diapositivo 21

FILME

Schmabell, J. (Diretor) & Bauby, J. (Escritor).
(2007). Le scaphandre et le papillon[Motion picture]. France. Pathe
Renn Production

